

\*\*\*\*\*



Université des Sciences des Techniques et des  
Technologies de Bamako

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

**FMOS**

Année universitaire 2018-2019

Thèse N° :..... /

**THEME**

**HYSTERECTOMIES D'HEMOSTASE POUR  
RUPTURE UTERINE DANS LE SERVICE  
DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU DU  
POINT G**

Présenté et Soutenu publiquement le.../.../2019 devant le jury de la Faculté de  
Médecine et d'Odonto-Stomatologie par :

**Mme. Affissatou AKPA**

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

**JURY**

**Président :** Pr. Birama TOGOLA  
**Membre :** Dr. Seydina Alioune BEYE  
**Co-Directeur :** Dr. Ibrahim KANTE  
**Directeur :** Pr. Tiounkani Augustin THERA

## DEDICACES

### *Je dédie ce travail à Allah,*

L'**unique**, Le **Seul** à être imploré pour ce que nous désirons, **Il** n'a jamais engendré, n'a pas été engendré non plus, et nul n'est égal à **Lui**. **ALHAMDOULILLAH** par **Ta** grâce et **Ta** miséricorde, j'ai pu mener à terme ce travail. **Ton** assistance n'a jamais manqué durant toute ma vie dans toute mes entreprises ne serait-ce qu'une seconde dont ce travail ne fait guère exception. Fasse qu'il soit une preuve en ma faveur le jour des comptes et non le contraire.

Aucun mot, aucune phrase, enfin aucune dédicace ne saurait exprimer mon estime et mon humilité aussi vénérable soit-il à **Ton** égard.

Ô **ALLAH**, **Tu** es la paix et tu es source de Paix, **Tu** es béni en **Toi-même**, C'est **Toi** le possesseur de la Majesté et de la Noblesse, accorde **Ta** prière à l'imam des Prophètes **Mouhammad**, à sa famille, à ses compagnons ainsi qu'à toutes les personnes qui ont suivi leur voie jusqu'au jour de la résurrection. Qu'**ALLAH** nous en fasse partir et qu'**Il** fasse notre dernier mot sur terre soit : « Lâ-ilaha-illallah ».

### **A feu Docteur Ibrahim ONGOIBA :**

Vous étiez une personne avec tellement de qualités que je ne saurais les citer. Vous nous avez été violemment arraché de nos bras mais nous appartenons tous à **ALLAH** et c'est vers lui que nous retournerons. Vous avez été l'initiateur de ce travail celui qui m'a donné l'amour de la gynécologie et l'obstétrique, cher maître nous ne cesserons jamais de vous remercier et prier pour le repos éternel de votre âme au paradis. On ne vous oubliera jamais.

## **A ma maman chérie YANONDE Taïbatou AGOSSA**

Que pourrais-je te dire de plus que tu ne sache déjà, maman je t'aime et je ne pourrais jamais me lasser de te le dire. Tes bras de forteresse nous ont toujours protégé des avatars de la vie depuis l'aube de la naissance. Ton affection et ton amour inconditionnel m'as permis aujourd'hui d'atteindre mon objectif. Tu as été présente à chaque instant de ma vie et tu as toujours su dire les mots qu'il fallait pour me remonter le moral dans les moments difficiles. Aujourd'hui maman tes sacrifices et tes bénédictions ont payé. Je m'associe à mes frères et sœurs pour te dire merci du plus profond de mon cœur.

Je prie DIEU chaque jour de te garder longtemps auprès de nous et en excellente santé afin que tu puisses bénéficier des revenus de ton dur labeur.

## **A mon père Ganiou AKPA**

Source d'inspiration pour nous, merci pour cette rigueur que tu as toujours eu à notre égard. Aujourd'hui je me rends compte que tu le faisais pour notre bien. Tu t'es toujours investi pour que nous puissions aller loin dans nos études pour avoir un avenir radieux. Je t'en suis très reconnaissante. Malgré les multiples responsabilités auxquelles tu as eu à faire face, tu as toujours été présent quand on a eu besoin de toi. Tu nous as toujours appris que la réussite est le fruit du travail et de la persévérance. Sois certain que si je suis arrivé à ce niveau aujourd'hui, c'est grâce à toi. Je t'admire beaucoup papa. Que Dieu puisse t'accorder une longue vie pour que tu puisses profiter du fruit de ton labeur.

## **À ma grand-mère Nassiratou HOUESSOU :**

Les mots me manquent pour exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance de m'avoir donnée la chance de téter, d'avoir supporté mes caprices. Merci de m'avoir rassuré dans mes moments de doute, boosté quand il le fallait mais également grondée quand je le méritais !!!

## **Remerciements**

### **À mon amour DOHATO Fayoyi :**

Tu m'as toujours soutenu dans mon choix de faire la médecine. Aucun mot ne saurait exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour la tendresse et la gentillesse.

Puisse le tout puissant nous aider à entretenir cette famille comme nous l'avons toujours voulu.

### **A mes oncles Moutalabi AGOSSA, Issa AGOSSA, Souleymane AKPA, Kassim AKPA, feu ZANNOU Lucien.**

Je vous remercie pour les conseils offerts à mon égard ils m'ont été d'une grande aide que Dieu vous garde longtemps vie et vous donne une bonne santé.

### **A mes frères et sœurs**

#### **Abdou Aziz, Seydina Aliou, Aminatou, Choucouratou, Aichatou ...**

J'ai été beaucoup absente ces dernières années, mais vous avez toujours été compréhensif à mon égard, je vous renouvelle mon affection et mes remerciements. Que ce travail vous serve d'exemple et vous inspire pour faire encore mieux et honorer ainsi nos géniteurs. Vous aurez toujours mon assistance et je vous souhaite à tous une longue vie pleine de succès.

### **À ma tante Sinatou AKPA :**

Tu es la preuve de la bonté du SEIGNEUR, Chère tante, ta gentillesse, ta disponibilité, ton attachement à la famille font de toi un exemple.

C'est grâce à tes conseils, ton aide, ton soutien moral et financier en toutes circonstances que j'ai pu réaliser ce travail. Merci du fond du cœur

**À mes tontons et tantes :**

J'ai toujours bénéficié de vos conseils qui m'ont permis d'avancer. Votre soutien et votre aide m'ont été très précieux. J'espère que vous trouverez satisfaction pour tous vos efforts à travers ce travail.

Que le bon Dieu vous paye pour votre générosité. Amine

**À mes cousins et cousines**

Sachant que l'union est la plus grande richesse d'une famille, vous vous êtes toujours battu corps et âme pour qu'on soit une famille très unie malgré la distance. Cette thèse est aussi la vôtre. Je vous aime tous et sachez que chacun de vous occupe une place particulière dans mon cœur.

Puisse le tout puissant vous accorder toujours la paix et la cohésion au sein de cette belle famille.

**Neveux et nièces : Fatima Tidjani, Youssouf Biokou, Ismaël AKPA, Taibatou AKPA, Maimouna AKPA**

Je vous aime trop. Puisse Allah vous accorder longue vie dans la santé et dans la prospérité.

**A mes enfants : DOHATO Ayo Alima et DOHATO Maimouna.**

Vous êtes ma source d'inspiration.

**A Innocent DOHATO et son épouse :**

Merci à vous pour l'entretien et le soutien.

**A toutes les Familles : TRAORE de Bagadadji, feu Issiaka TIDJANE, Inoi LY, Yaya KONE, Madou TOURE, THIERO Mamadou de Faladjè, Seydou BAGAYOKO, Louis AKPAKI, Moutiou AGUE YAYA.**

Merci pour l'accueil et l'hospitalité.

**A toute la Famille de Rémy THOMAS, Mathias DOSSA et Dos-SANTOS**

Merci à vous pour les conseils et le soutien.

**Au coach Patrick Armand POGNON et à tous les membres de la FIAD :**

Merci pour l'enseignement sur le développement personnel et le coaching.

**A mes amis : Alice GOUSSIMEDEY, Christian SEGLA, Maxime HOUNNOU, Hervé SIEMBENI, Youssouf H. TRAORE, ATE Assissè NOWOTO, Suzanne ZEMBA, Dr Eric Evènessè MITCHOAGAN, Dr Boubacar LAH, Dr Mahamadou SIDIBE.**

Merci infiniment pour votre soutien.

**A toute l'équipe du Complexe Scolaire BEL AVENIR de Porto Novo :**

Merci pour votre soutien.

**A ma belle-sœur Chérie Djénéba TRAORE**

Tu n'as jamais manqué de m'apporter des soins moral, physique et alimentaire merci à toi pour l'entretien.

**A tous mes amis du lycée**

**Hafize Youssouf, Emille TONOUEWA, Bertin DJIDONOU, Christiane Thierry Jossou, Alice, Romuald MEVI, Valérie AGOSSAVI et j'en passe**

Merci beaucoup pour vos bénédictions

**A mon groupe d'étude**

Bilaly BORE, Olivia AVIKPO, Djibril, Alassane TOURE, Fati KANE, Assétou SAMAKE, Haidara Aminata Cherif, Demba YATTERA etc. Merci infiniment.

**A toute la Communauté Béninoise (Association Béninoise des Etudiants du Mali ABEMa ) :**

Merci pour votre soutien inestimable, vos conseils et votre accompagnement.

**À mes encadreurs du CHU POINT G : Pr THERA Tioukani, DR TRAORE Mamadou, Dr SIMA Mamadou, Dr COULIBALY Ahmadou, Dr KONE Koniba, Dr KANTE Ibrahim et feu Dr ONGOIBA Ibrahim.**

Merci pour tout ce que vous nous avez appris dans le domaine de la Gynécologie-Obstétrique.

Nous sommes fiers d'être vos élèves et garderons précieusement tous vos enseignements.

**A mes maîtres : Pr Gaoussou KANOUTE, Pr Niani Mounkoro, Dr Lassény DIARRA, Dr Jean Paul DEMBELE.**

Merci pour l'encadrement et vos précieux conseils.

**À monsieur Abou SOGODOGO :**

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre amabilité et surtout votre simplicité. Votre maîtrise parfaite de l'outil informatique m'a beaucoup impressionné et je vous suis extrêmement reconnaissante pour votre aide.

**À tous les DES de la Gynécologie-Obstétrique :**

Mes sincères remerciements pour votre accompagnement. Merci pour votre attachement fraternel.

**À mes camarades internes : Kalifa DIARRA, Boureima GUINDO, Amadou DIALLO, Mariam SANGARE, Sokona SIDIBE, Fatoumata SAMASSI, Ibrahim SANGARE, Paul GUINDO, Binafou NIMAGA, Cheik DIARRA, Soumaila BAGAYOKO, Alhassane DIABATE, Drissa KAMAGUILE, Moriba SAMAKE, Moussa CAMARA, Mahamane MAIGA, Orokia SIMPARA, Hamidou DIARRA, Oumou KEITA et Nassira SIDIBE, MARIAMA BAKO, Kanté ZAKARIA, Dramane BALLO.**

Un grand merci pour tous les bons moments passés ensemble, mes stages se sont passés dans une ambiance chaleureuse avec entraide et complicité

**Aux sages-femmes, infirmières, matrones et élèves stagiaires sage femmes de la gynécologie-obstétrique :**

J'ai énormément appris à vos côtés. Merci pour tous ces bons moments de partage et pour tous les fous rires que j'ai eu avec vous. Je ne suis pas prête de vous oublier.

**A l'équipe d'informatique du service de gynécologie-obstétrique :** merci à vous pour le soutien.

**A mes filleuls promotion ELITE :** merci à vous pour votre soutien

**A toute la promotion FEU ALWATA :** merci à vous pour les moments inoubliables.

**A mes aînés médecins de la communauté de l'ABEMa :** merci pour les conseils

**Aux élèves sages –femmes de l'école DJIMOUTI :** merci pour le soutien

**A l'équipe Mutuelle DEMBA NYUMAN de Niamakoro :** merci pour le soutien et la confiance

**À tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé à la réalisation de ce travail,** trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

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

**Professeur TOGOLA Birama**

- Maître de conférences en Chirurgie Générale à la FMOS
- Spécialiste en Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
- Praticien hospitalier au CHU du point G

Cher Maître

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Grand homme de science et de culture, votre amour du travail bien fait ainsi que vos multiples qualités humaine et sociale font de vous un Maître admiré de tous.

Veillez recevoir ici cher Maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE :**

**Docteur BEYE Seydina Alioune**

- Médecin Anesthésiste Réanimateur
- Praticien hospitalier au CHU du Point G
- Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation et Médecine d'Urgence du Mali (SARMU)
- Enseignant chercheur à la FMOS
- Ancien chef de service à l'hôpital régional Nianankoro Fomba de Ségou.

**Cher maître ;**

Nous avons beaucoup apprécié votre disponibilité et vos qualités humaines. Nous avons été marqués par la simplicité avec laquelle vous avez accepté ce travail.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et soyez rassuré de notre reconnaissance.

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

### **Dr KANTE Ibrahim**

- Gynécologue-Obstétricien au CHU du point G ;
- Maître- assistant de gynécologie et d'obstétrique à la FMOS ;
- Praticien hospitalier au CHU du point G
- Spécialiste en Infertilité ;
- Président de l'antenne du groupe inter africain d'étude, de recherche et d'applicabilité sur la fertilité au Mali (GIERAF) ;

Cher Maître,

C'est un honneur pour nous d'être compté parmi vos élèves. Ce travail est le fruit de votre volonté, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre rigueur scientifique et votre caractère sociable font de vous un homme de classe exceptionnelle.

Veillez accepter, cher Maître l'expression de notre respect et de notre éternelle reconnaissance.

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

### **Professeur THERA Tioukani Augustin**

- Gynécologue-Obstétricien ;
- Praticien hospitalier au CHU du point G ;
- Maître de conférences à la FMOS ;
- Chef de service de gynécologie-Obstétrique au CHU du point G

Cher Maître,

Votre modestie, l'extrême courtoisie et la très grande qualité de transmission de votre savoir sont à imiter.

Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévité afin que beaucoup d'autres étudiants puissent bénéficier de la qualité de votre enseignement jugé remarquable

## **Abréviation**

AG	: Anesthésie Générale
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
C P N	: Consultation Périnatale
DES	: Diplôme d'étude spécialisé
EDSM	: Enquête Démographique et de Santé au Mali
EPA	: Établissement Public à caractère Administratif
EPH	: Établissement Public hospitalier
FFI	: Faisant Fonction d'Interne
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PMA	: Procréation Médicalement Assistée
PTME	: Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
RU	: Rupture Utérine
SIDA	: Syndrome Immunodéficience Acquise
S I S	: Système d'Informatique Sanitaire
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

### Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patientes selon l'année d'intervention .....	59
Tableau II : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.....	60
Tableau III : Répartition des patientes selon la profession .....	60
Tableau IV : Répartition des patientes selon l'instruction .....	61
Tableau V : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	61
Tableau VI : Répartition des patientes selon l'instruction des conjoints .....	62
Tableau VII : Répartition des patientes selon la profession du conjoint.....	62
Tableau VIII : Répartition des patientes selon le mode de référence.....	63
Tableau IX: Répartition des patientes selon l'ethnie .....	63
Tableau X : Répartition des patientes selon la provenance.....	64
Tableau XI : Répartition des patientes selon le moyen de transport.....	64
Tableau XII : Répartition des patientes selon la présence de la fiche référence .....	64
Tableau XIII : Répartition des patientes selon le temps d'évacuation.....	65
Tableau XIV : Répartition des patientes selon le motif de référence.....	65
Tableau XV : Répartition des patientes selon l'itinéraire .....	66
Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'intervalle inter-génésique.....	66
Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'usage de contraceptifs .....	67
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la parité .....	67
Tableau XIX : Répartition des patientes selon les ATCD chirurgicaux .....	67
Tableau XX : Répartition des patientes selon les ATCD de rupture utérine .....	68
Tableau XXI : Répartition des patientes selon la consultation prénatale.....	68
Tableau XXII : Répartition des patientes selon le nombre de CPN.....	68
Tableau XXIII : Répartition des patientes selon l'auteur de la CPN .....	69
Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la mesure du poids de la mère .....	69
Tableau XXV : Répartition des patientes selon la mesure de la taille de la mère .....	70
Tableau XXVI : Répartition des patientes selon la mesure de la tension artérielle .....	70
Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la mesure de la hauteur utérine .....	71
Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la présence d'hydramnios .....	71
Tableau XXIX : Répartition des patientes selon l'état du bassin.....	72
Tableau XXX : Répartition des patientes selon la réalisation du groupage rhésus en urgence	72
Tableau XXXI : Répartition des patientes selon l'utilisation du partogramme .....	73
Tableau XXXII : Répartition des patientes selon l'utilisation d'ocytociques.....	73
Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon la qualité d'utilisation d'ocytociques.....	73
Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon les ocytociques utilisés .....	74

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon le type de la Rupture utérine .....	74
Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon le siège de la Rupture Utérine .....	75
Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon le type d'hystérectomie d'hémostase .....	75
Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon la qualification de l'opérateur .....	76
Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon la qualification de l'anesethésiste.....	76
Tableau XL : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie réalisé.....	77
Tableau XLI : Répartition des patientes selon la durée de l'intervention .....	77
Tableau XLII : Répartition des patientes selon la réalisation de transfusion sanguine.....	77
Tableau XLIII : Répartition des patientes selon le pronostic fœtal.....	78
Tableau XLIV : Répartition des patientes selon l'APGAR à la 1 <sup>ère</sup> minute .....	78
Tableau XLV : Répartition des patientes selon le transfert en réanimation.....	78
Tableau XLVI : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse.....	79
Tableau XLVII : Répartition des patientes selon le pronostic maternel .....	79
Tableau XLVIII : Répartition des patientes en fonction du siège de la rupture utérine par rapport à l'intervalle inter-génésique .....	80
Tableau XLIX : Répartition des patientes en fonction de la variété de la présentation du sommet et du siège de la rupture utérine.....	80
Tableau L : Répartition des patientes en fonction du type de la présentation et du siège de la rupture utérine. ....	81
Tableau LII : Répartition des patientes en fonction de l'utilisation d'ocytocine et du siège de la rupture utérine. ....	81
Tableau LIII : Répartition des patientes en fonction du type d'ocytocine et du siège de la rupture utérine. ....	82
Tableau LIV : Répartition des patientes en fonction du décès des nouveau-nés perpartum et du type de la rupture utérine.....	82
Tableau LV : Répartition des patientes en fonction du décès maternel et du type de la rupture utérine.....	83
Tableau LVI : Répartition des patientes en fonction du décès maternel et le siège de la rupture utérine.....	84

### Liste des figures

Schéma n°1 : Appareil génital féminin .....	5
Schéma n° 2 : Utérus gravide avec ses 3 parties.....	6
Schéma N°3 : Vascularisation de l'utérus.....	17
Schéma N°4 : Vue opératoire, position du champ roulé transversal qui retient les anses grêles d'après Lansac J. ....	20
Schéma N°5: Mise en place des pinces sur le ligament large d'après Lansac. ....	22
Schéma N°6 : Ouverture du ligament large : Lansac J. ....	23
Schéma N° 7: Décollement du plan vésico-utérine et ligature du ligament rond .....	24
Schéma N°8: Incision et dissection du plan vésico-utérine .....	25
Schéma N°9 : Dissection du pédicule utérin droit après ouverture du ligament large.....	26
Schéma N°10 : Incision du péritoine et ligature du ligament utérosacré .....	27
Schéma N°11: Ligature du ligament utéro-sacré .....	28
Schéma N°12 : Section du para vagin et des artères cervico-vaginales.....	30
Schéma N°13 : Section du fascia paravaginal J. ....	31
Schéma N°14 : Dissection du fascia vaginal par la technique d'Aldridge .....	32
Schéma N°15 : Section du vagin après ligature de l'angle .....	33
Schéma N°16 : Fermeture du vagin par des points en X prenant la muqueuse. ....	34
Schéma N°17 : Mise en place d'un surjet sur la tranche vaginale si on laisse le vagin ouvert .....	35

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
I. Objectifs.....	3
1.1. Objectif général .....	3
1.2. Objectifs spécifiques.....	3
II. GENERALITES .....	4
2.1. Historique : .....	4
2.2. Rappels anatomiques .....	5
2.3. Caractères morphologiques de l'utérus gravide : .....	6
2.4. Physiopathologie .....	14
2.5. Technique d'hystérectomie abdominale totale :.....	20
2.6. Indications de l'hystérectomie :.....	39
2.7. Complications de l'hystérectomie .....	43
III. Méthodologie .....	47
3.1. Cadre d'étude.....	47
3.2. Type d'étude .....	52
3.3. Période d'étude .....	52
3.4. Population d'étude.....	52
3.5. Echantillonnage .....	52
3.6. Collecte des données .....	52
3.7. Variables étudiées.....	53
3.8. Définitions opératoires .....	54
3.9. Prise en charge médico-chirurgicale des patientes .....	56
3.10. Collecte ; saisie et analyse des données .....	57
3.11. Aspects éthiques.....	58
IV. Résultats .....	59
V. Commentaires et discussion.....	85
5.1. Fréquence.....	85
5.2. Données sociodémographiques .....	85
5.3. Facteurs de risque .....	86
5.4. Causes.....	88
5.5. Prise en charge.....	89
5.6. Suites .....	90
CONCLUSION .....	91
RECOMMANDATIONS : .....	92

Références bibliographiques ..... 93  
Annexes : ..... 96

## INTRODUCTION

La mortalité maternelle est la mort de la femme durant la grossesse ou à la suite de l'accouchement, qui donne l'expression « morte en couche ». L'hémorragie du post-partum est actuellement responsable de 150 000 décès par an dans le monde [1].

Elle reste la première cause de mortalité maternelle dans les pays en voie de développement alors que dans les pays développés, elle représente la 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> étiologie de mortalité maternelle [2].

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).

En 1825, Langenbeck [3] 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.

En 1994, au Canada, c'est l'intervention gynécologique la plus réalisée après la césarienne [3]. Le pourcentage des femmes hystérectomisées de 60 ans est de 37% aux USA, 20% en Angleterre, 15% en Italie, 12% en Suède et 5,8% en France [3]. Elle est de 0,53% pour Muteganya et al. Au Burundi. [4].

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 [5].

A Yaoundé au Cameroun, 31 cas d'hystérectomie obstétricale d'urgence ont été pratiqués pour 8078 accouchements soit une incidence de 0,4% [6].

A Dakar, Diouf et al. ont trouvé une fréquence de 0,45% sur une période de 22 mois à propos de 35 cas, [7].

Au Mali, KOUMA a trouvé une fréquence de 11,7% au CHU de POINT-G de 1985-1990. [8]. Au CHU Gabriel Touré de 2006 à 2008, on a réalisé une hystérectomie pour 171 accouchements soit 0,005 % [9].

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.

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 rupture utérine ou perforation utérine et entre autres.

Au regard de tous ces constats, nous avons jugé opportun d'apporter notre modeste contribution par l'étude de l'hystérectomie d'hémostase au CHU du Point G avec les objectifs suivants.

## **I. Objectifs**

### **1.1. Objectif général**

Etudier l'hystérectomie d'hémostase dans le service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point G.

### **1.2. Objectifs spécifiques**

1. Préciser le profil sociodémographique des patientes ;
2. Déterminer la fréquence de l'hystérectomie d'hémostase ;
3. Déterminer le pronostic materno-fœtal.

## II. GENERALITES

### 2.1. Historique :

#### 2.1.1. *Hystérectomie vaginale*

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). [3]

C'est en 1813 que Langenbeck fut, avec succès, la première hystérectomie vaginale pour cancer du col.

En 1829, Récamier réalise à Paris la première hystérectomie vaginale avec ligature des artères utérines.

Cette intervention ne commença à être régulièrement pratiquée qu'à partir de 1890-1900 (Pean, Richelot). Elle fut progressivement abandonnée au profit des hystérectomies abdominales qui restent encore aujourd'hui la technique la plus utilisée.

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.

#### 2.1.2. *Hystérectomie abdominale*

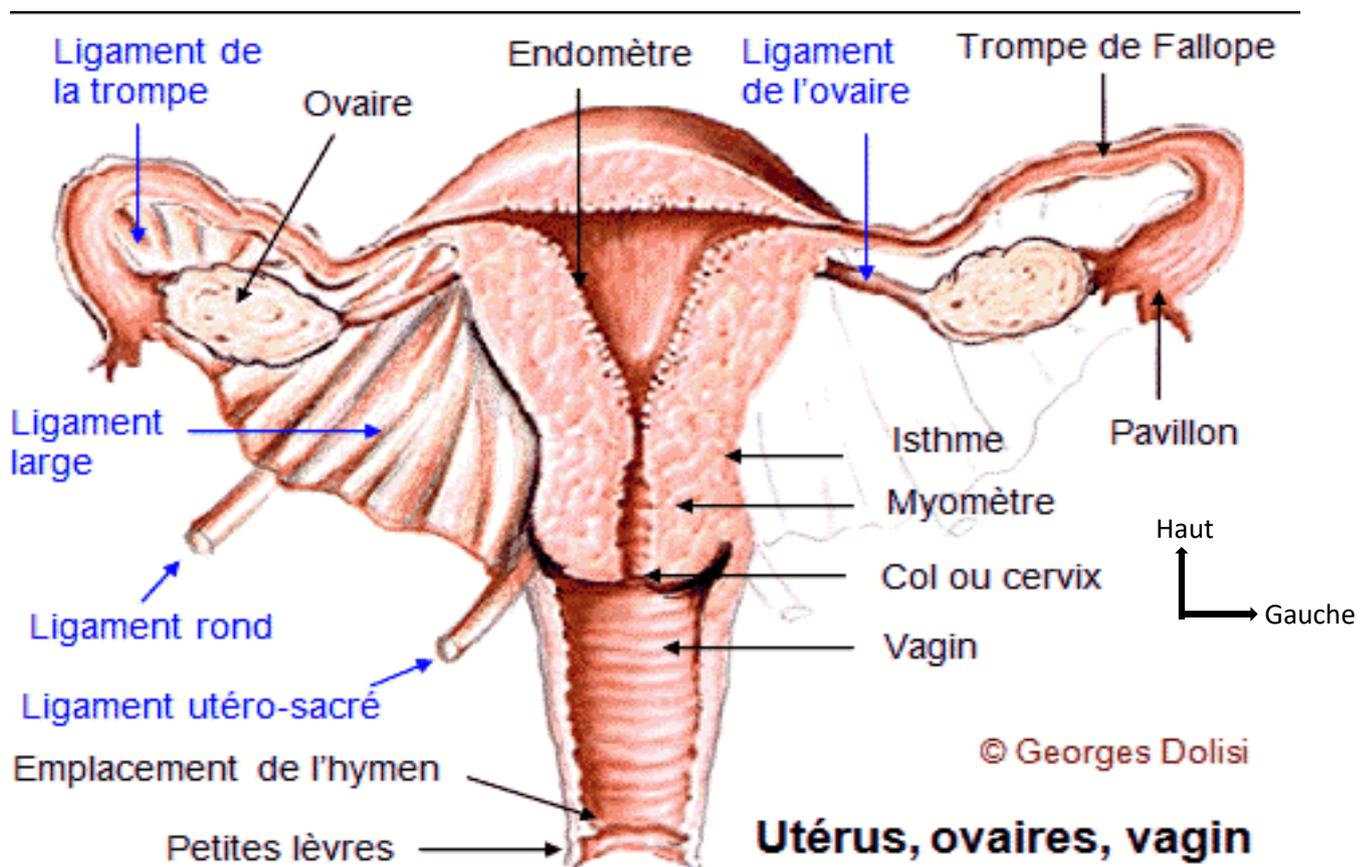
En 1825, Langenbeck fit la première hystérectomie abdominale pour un cancer du col, mais faite en cinq minutes, elle n'empêcha pas la mort de la patiente quelques heures après.

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

En 1864, en France, Koeberlé décrit la ligature en masse du pédicule utérin autour de l'isthme avec hystérectomie subtotale.

En 1889, Simpson puis Kelly (1891) décrit 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. [3]

## 2.2. Rappels anatomiques

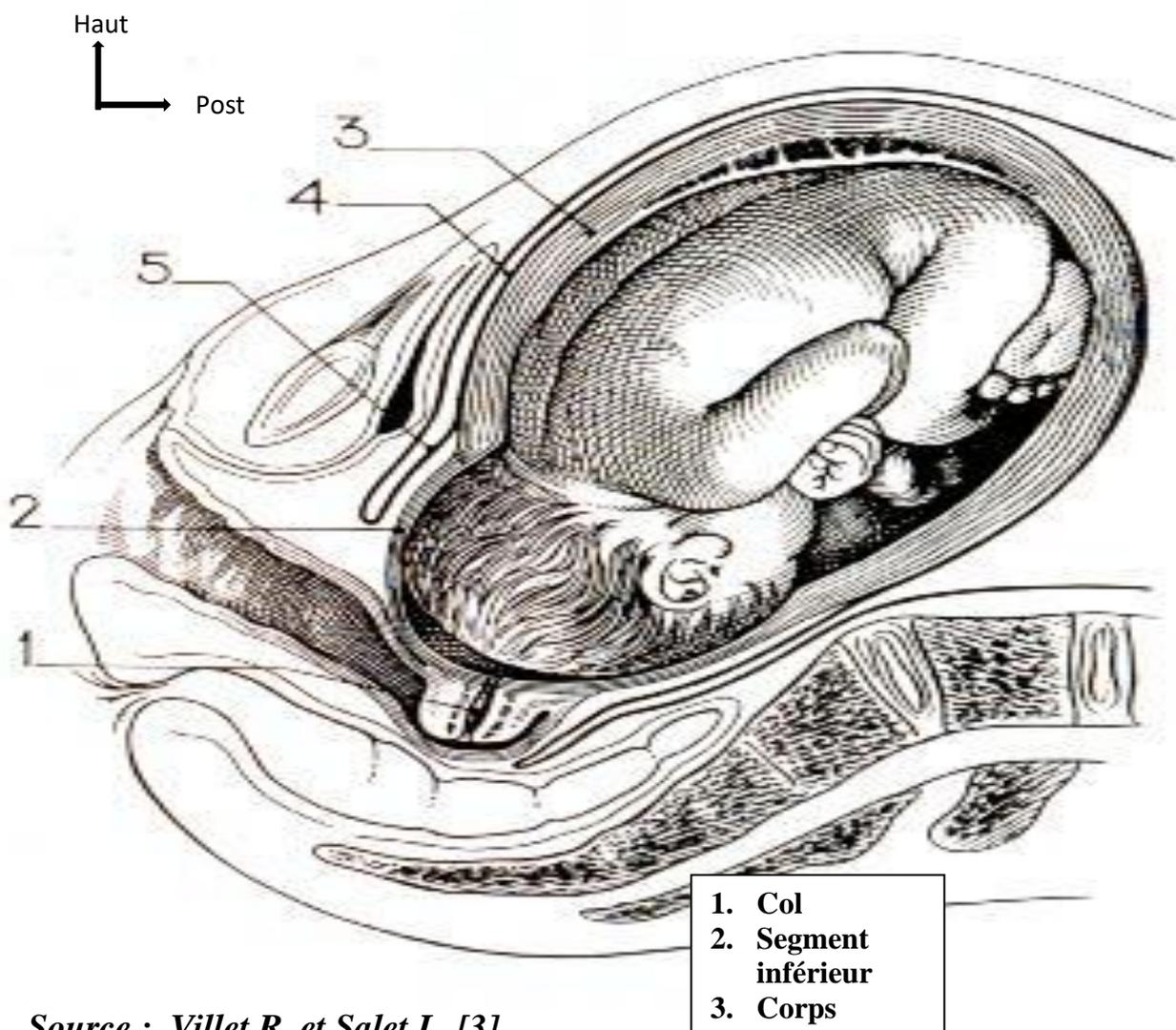


*Source : Villet R. et Salet L. [3]*

### Schéma n°1 : Appareil génital féminin

### 2.3. Caractères morphologiques de l'utérus gravide :

L'utérus au cours de la grossesse, subit des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques. Au point de vue anatomique, on lui décrit trois parties : le corps, le col entre lesquels se développe dans les derniers mois une portion propre à la gravidité : c'est le segment inférieur.



Source : Villet R. et Salet L. [3]

**Schéma n° 2 : Utérus gravide avec ses 3 parties.**

## 2.3.1. Anatomie descriptive et rapports

### 2.3.1.1. Anatomie macroscopique

#### ↳ Situation du fundus utérin

En début de la 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 4 cm :

- à 4 mois ½, il répond à l'ombilic ;
- et à terme, il est à 32cm du pubis.

#### ↳ Volume et dimensions

L'utérus augmente progressivement de volume, d'autant plus vite que la grossesse est plus avancée. L'augmentation est due à l'hypertrophie des éléments musculaires par hyperplasie des éléments existants et métaplasie à partir des histiocytes, puis à la distension des parois utérines par l'œuf. Cette croissance se fait en deux périodes :

- La première est la phase d'épaississement des parois. L'utérus a une forme sphéroïdale.
- La seconde phase est celle de distension. L'utérus est ovoïde à grosse extrémité supérieure.

Le passage de la première phase à la seconde porte le nom de conversion. Elle survient habituellement au cours de la vingtième semaine.

<b>Période</b>	<b>Hauteur</b>	<b>Largeur</b>
Utérus non gravide	6 - 8 cm	4 - 5 cm
A la fin du 3 <sup>ème</sup> mois	13 cm	10 cm
A la fin du 6 <sup>ème</sup> mois	24 cm	16 cm
<b>A terme</b>	<b>32 cm</b>	<b>22 cm</b>

### ↳ **Forme**

La forme de l'utérus varie avec l'âge de la grossesse : globuleux pendant les premiers mois, l'utérus peut avoir un développement asymétrique. Mais au 2<sup>ème</sup> mois : il est sphérique, semblable à une " orange ". Au 3<sup>ème</sup> mois, il a la taille d'une " pamplemousse ". Après le 5<sup>ème</sup> mois, il devient cylindrique, puis ovoïde à grand axe vertical et à grosse extrémité supérieure pendant les derniers mois.

### ↳ **Capacité**

Non gravide, la capacité de l'utérus est de 2 à 3 milli litre et à terme en cas de grossesse, elle est de 4 à 5 litres.

### ↳ **Poids**

Non gravide, l'utérus pèse 50 à 80 g. Gravide il pèse : 200 g à 2 mois ½, 700 g à 5 mois, 950 g à 7 mois ½ et 800 à 1200 g à terme.

### ↳ **Epaisseur des parois**

Au début de la grossesse, les parois s'hypertrophient et son épaisseur vers le 4<sup>ème</sup> mois est de 3cm, puis elles s'amincissent progressivement en proportion de la distension de l'organe. A terme, l'épaisseur des parois est de 8 à 10 mm au niveau du fond et 5 à 7 mm au niveau du corps.

Après l'accouchement, elles se rétractent et deviennent plus épaisses qu'au cours de la grossesse.

### ↳ **Consistance**

Non gravide, l'utérus est ferme et il se ramollit pendant la grossesse.

### ↳ **Direction**

Au début de la grossesse, l'utérus est habituellement antéversé et 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. Chez la femme debout l'axe de l'utérus est sensiblement parallèle à celui du détroit supérieur si la paroi abdominale est résistante.

Quand la paroi est flasque, l'utérus se place en antéversion. Sur le plan frontal, le grand axe utérin s'incline en général du côté droit dans **76%** des cas. Cette dextro-rotation de gauche à droite oriente la face antérieure de l'utérus en avant et à droite.

### ↳ **Rapport**

Au début de la grossesse, les rapports de l'utérus sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse.

A terme, l'utérus est abdominal.

- **En avant** : sa face antérieure répond à la paroi abdominale, parfois le grand omentum et plus rarement les anses grêles. Elle rentre en rapport dans sa partie inférieure avec la vessie lorsque celle-ci est pleine.
- **En arrière** : il est en rapport avec la colonne vertébrale, la veine cave inférieure et l'aorte abdominale, sur les flancs avec les muscles psoas croisés par les uretères et une partie des anses grêles.
- **En haut** : le fond utérin soulève le colon transverse et refoule l'estomac en arrière. A droite, il répond au bord inférieur du foie. Le bord droit tourné vers l'arrière rentre en contact avec le caecum et le colon ascendant. Le bord

gauche quant à lui, répond à la masse des anses refoulées et au colon descendant.

- **En bas** : le segment inférieur

### **2.3.1.2. Anatomie microscopique**

Les trois tuniques de l'utérus se modifient au cours de la grossesse :

#### **– La séreuse**

Elle s'hypertrophie en suivant le développement du muscle. Elle adhère intimement au corps mais se clive facilement du segment inférieur. La ligne de démarcation entre les deux s'appelle la ligne de solide attache du péritoine.

#### **– La musculuse**

Elle est constituée de trois couches de fibres lisses qui ne peuvent être mises en évidence que sur l'utérus distendu. Ces couches sont constituées de tissus conjonctifs et musculaires à savoir : couche externe (fibres longitudinales), couche moyenne (plexi forme) et couche interne (fibres transversales).

Le taux de tissu musculaire augmente au cours de la grossesse : près du terme, il atteint 69% au niveau du corps utérin alors qu'il reste à 10% au niveau du col.

#### **– La muqueuse**

Dès l'implantation, elle se transforme en 3 caduques ou déciduales

- La caduque basale ou inter – utéro placentaire est située entre le pôle profond de l'œuf et le muscle utérin ;
- La caduque ovulaire recouvre l'œuf dans sa partie superficielle et le sépare de la cavité utérine ;
- La caduque pariétale qui répond à la partie extra placentaire de la cavité utérine.

### ➤ **Segment inférieur**

C'est la partie basse et amincie de l'utérus gravide, située entre le corps et le col. Il acquiert son plein développement dans les trois derniers mois.

Il est créé par la grossesse et disparaît avec elle : c'est donc une « entité anatomique et physiologique » qu'acquiert l'utérus gravide au cours de la gestation. Sa forme, ses caractères, ses rapports, sa physiologie et sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable.

#### **2.3.1.3. Anatomie macroscopique**

##### **– Situation**

Le segment inférieur occupe au-dessus du col, le tiers inférieur de l'utérus.

##### **– Caractères**

Son caractère essentiel est sa minceur de 2 à 4mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation, circonstance réalisée au maximum dans la présentation du sommet engagée. La minceur traduisant l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie.

La bonne ampliation du segment inférieur, appréciée par la clinique est un élément favorable du pronostic de l'accouchement.

##### **– Forme**

Elle a la forme d'une calotte évasée ouvert en haut. Le col se situe sur la convexité, mais assez en arrière, de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et longue que la paroi postérieure.

##### **– Limites**

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

La limite supérieure se reconnaît par le changement d'épaisseur de la paroi qui augmente assez brusquement en devenant corporeale. On s'est attaché à

rechercher des repères sans grand intérêt pratique. Ainsi a-t-on associé à cette limite supérieure :

- ★ Soit la limite de forte adhérence du péritoine selon HOFFMEYER et BENKISER ;
- ★ Soit l'existence contestée d'un gros sinus veineux, appelé veine coronaire ;
- ★ Soit la première branche artérielle importante du corps utérin.

#### – **Orientation- Formation**

Le segment inférieur se développe au dépend de l'isthme utérin qui est une zone ramollie dès le début de la grossesse (signe de Hegar).

Cependant, il acquiert son ampleur qu'après le sixième mois, plutôt et plus complètement chez la primipare que chez la multipare. Pendant le travail, le col effacé et dilaté se confond avec le segment inférieur en constituant le canal cervico-segmentaire.

#### – **Dimensions**

A terme, le segment inférieur mesure environ : 7 à 10 cm de hauteur et 9 à 12 cm de largeur.

Les dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement. Sa minceur permet parfois de sentir le fœtus.

#### **2.3.1.4. Anatomie microscopique (structure)**

Le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques. Il s'identifie véritablement par sa texture amincie. Histologiquement, le segment inférieur n'a pas de couche plexiforme du myomètre qui est la plus résistante. La musculature est très mince, faite d'une quinzaine de couches musculaires. Des fibres prenant mal les colorants, venus du corps, gagnent après avoir tapissé le segment inférieur, le col et vagin.

La muqueuse se transforme en caduque, mais en mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.

En somme, la forme, la structure et le peu de vascularisation font du segment inférieur une zone de prédilection pour l'incision au cours de la césarienne segmentaire. En plus c'est le siège préférentiel des ruptures utérines.

#### ✓ **Rapport du segment inférieur**

- En bas : la limite inférieure correspond à l'orifice interne du col ;
- En haut : extérieurement le segment inférieur est limité par la zone de transition entre le péritoine adhérent et le péritoine clivable ;
- Face antérieure : il est recouvert par le péritoine viscéral, solide, peu adhérent et facilement décollable.

Ceci permet de bien protéger la cicatrice utérine après une césarienne segmentaire. La face antérieure répond à la vessie dont elle est séparée par le cul-de-sac vésico-utérin. Séparée du segment inférieur par du tissu conjonctif lâche, la vessie peut être facilement décollée et refoulée vers le bas. Il y a une ascension de la vessie en fin de gestation lorsque la présentation est engagée.

Ainsi, elle a tendance à devenir sus-pubienne, peut masquer le segment inférieur et être atteinte au cours de la rupture utérine.

- Face postérieure : le cul-de-sac de Douglas devenu plus profond, sépare le segment inférieur du rectum et du promontoire.
- Faces latérales : elles sont en rapport avec la base du ligament large dont les feuilles, antérieure et postérieure s'écartent fortement.

Dans ce paramètre, se trouvent les rapports chirurgicaux importants : la gaine hypogastrique (artère utérine et uretère pelvien). La dextro-rotation utérine rend plus intime au segment inférieur les rapports latéraux droits, exposant ainsi en

avant le pédicule utérin gauche distendu. Cette situation explique la fréquence des lésions du pédicule utérin gauche au cours de la rupture utérine.

## 2.4. Physiopathologie

L'importance du segment inférieur est considérable aux triples points de vue clinique, physiologique et pathologique.

- L'étude clinique : montrera la valeur pronostique capitale qui s'attache à sa bonne formation, à sa minceur, au contact intime qu'il prend avec la présentation.
- Physiologiquement : c'est un organe passif se laissant distendre. Situé comme un amortisseur entre le corps sur le col, il conditionne les effets contractiles du corps sur le col. Il s'adapte à la présentation qu'il épouse exactement dans l'eutocie en s'amincissant de plus en plus et en laissant aisément le passage au fœtus. Il reste au contraire flaque, épais et distend dans la dystocie.
- Au point de vue pathologique : il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique :
  - C'est sur lui que s'insère le placenta prævia ;
  - C'est lui qui est intéressé dans presque toutes les ruptures utérines.

### ✓ Col de l'utérus

Organe de la parturition, le col utérin se modifie essentiellement pendant le travail. Il est peu modifié pendant la grossesse contrairement au corps.

**a. Forme et volume** : ne changent presque pas.

### **b. Situation et direction**

Ne changent qu'à la fin de la grossesse lorsque la présentation s'accommode ou s'engage. Il se reporte souvent en bas et en arrière vers le sacrum et est parfois difficilement accessible au toucher vaginal.

### **c. Consistance**

Le col se ramollit au bout de quelques semaines de grossesse. Il devient mou comme la lèvre (signe de Tarnier). Au cours des dernières semaines de grossesses le col devient très mou sur toute sa hauteur : on dit qu'il " mûrit ". Il est formé d'une masse centrale de tissu non contractile.

### ↳ **Aspect et dimensions**

- ★ Pendant la grossesse, ses dimensions sont stables. Il est rose violacé (*signe de Chadwick*) 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 sa tonicité et le canal cervical s'évase progressivement et s'incorpore à la cavité utérine.
  - ▲ **La dilatation** : qui 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 où l'effacement et la dilatation du col évoluent souvent de pair.

- ★ Etat des orifices : ne varie pas.
  - ▲ Chez la primipare les orifices restent fermés jusqu'au début du travail.
  - ▲ Chez la multipare, l'orifice externe est souvent entrouvert (c'est le col déhiscent de la multipare).

L'orifice interne peut être lui aussi perméable au doigt dans le dernier mois. Il peut être franchement dilaté mais le col conserve sa longueur et ne s'efface pas avant le travail. Ils ne sont que la suite naturelle de l'ampliation et de la formation du segment inférieur.

## **2.4.1. Vascularisation et innervation de l'utérus gravide**

### **2.4.1.1. Vascularisation**

#### **↳ Artères (artères utérine, ovarienne et funiculaire)**

Les branches de l'artère utérine augmentent de longueur. Elles restent cependant flexueuses.

De chaque côté, elles s'anastomosent entre elles, mais non avec celles du côté opposé. Il existe une zone médiane longitudinale peu vascularisée qui est empruntée par l'incision de l'hystérotomie dans la césarienne corporéale. Dans l'épaisseur du corps, elles parcourent les anneaux musculaires de la couche plexiforme, deviennent rectilignes et s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire.

Le col est irrigué par les artères cervico-vaginales qui se bifurquent pour donner deux branches : une branche antérieure et une branche postérieure, avant de pénétrer dans son épaisseur. Cette disposition permet la dilatation du col.

C'est après la délivrance que la rétraction de l'artère utérine entraîne une augmentation de son calibre.

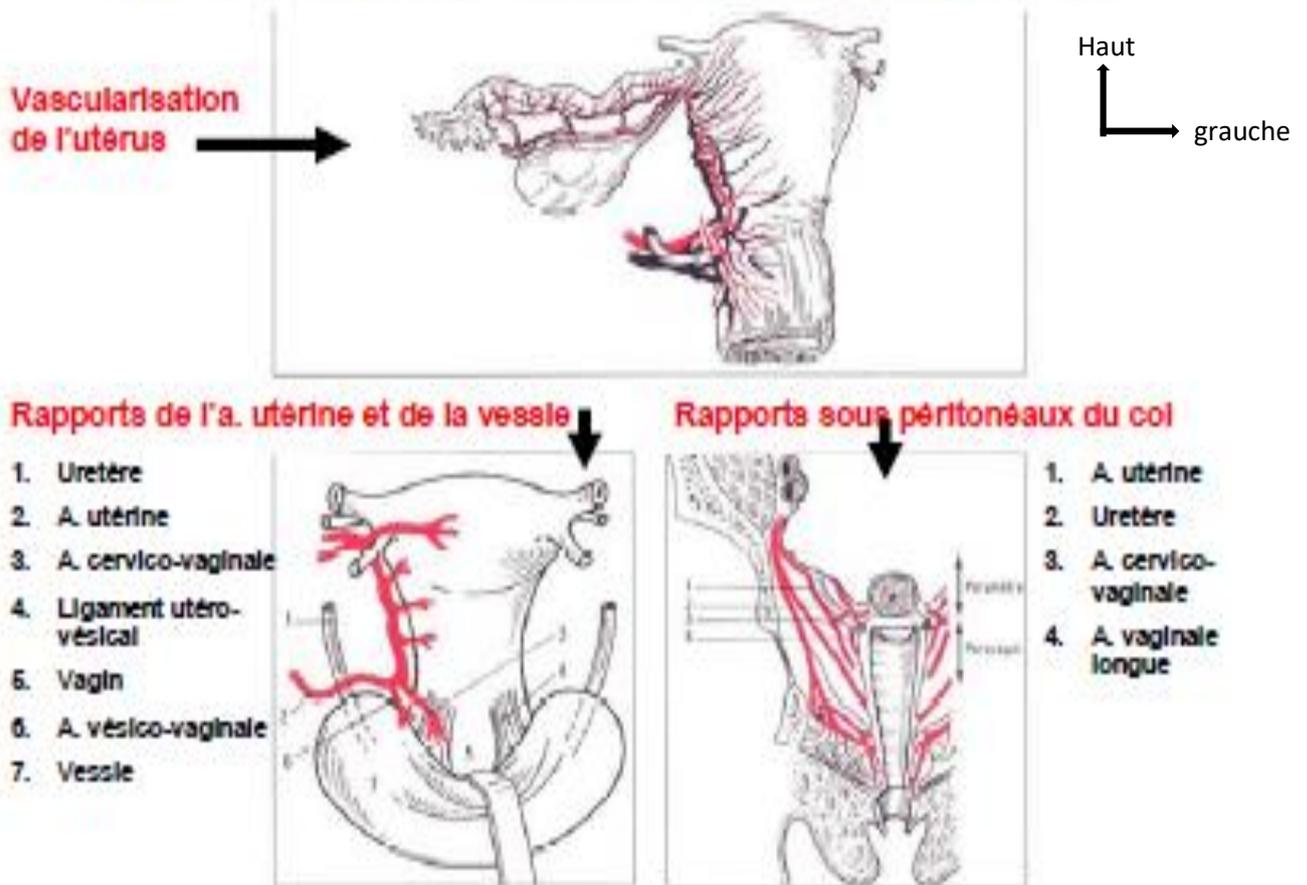
- L'artère ovarienne : l'augmentation de calibre de l'artère ovarienne croit de son origine à sa terminaison pour atteindre dans la région infra-annexielle un calibre égal à celui de l'artère utérine et s'anastomoser à plein canal. Elle double et même triple de diamètre pendant la grossesse.
- L'artère funiculaire : elle est, pour l'utérus gravide, d'une importance fonctionnelle négligeable.

#### **↳ Veines**

Elles sont considérablement développées et forment les gros troncs veineux latéro-utérins.

Ceux-ci collectent les branches corporelle réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche plexi forme. Après la délivrance, les branches corporelles sont soumises à la rétractilité des anneaux musculaires

### Vaisseaux de l'utérus et rapports du col de l'utérus



Source : Villet R. et Salet L. [3]

### Schéma N°3 : Vascularisation de l'utérus

#### ↳ Lymphatiques

Nombreux et hypertrophiés, ils forment trois réseaux communiquant largement entre eux. Ce sont les réseaux : muqueux, musculaires et sous-séreux.

### 2.4.1.2. Innervation

Deux systèmes sont en jeu :

↳ **Le système intrinsèque** : c'est un appareil nerveux autonome.

Il s'occupe surtout du col et du segment inférieur et donne ainsi à l'utérus une autonomie fonctionnelle relative. Il est formé de ganglions intra muraux. Leur rôle est tantôt neurocrine, réflexe ou dorigène.

↳ **Le système extrinsèque**

Il est formé par les plexus hypogastriques inférieurs qui sont plaqués sur la face latérale des viscères pelviens (utérus et vagin, rectum et vessie). Il est formé de ganglions juxta muraux ou ganglions hypogastriques ou ganglions de Lee et Frankenhauser.

Ces plexus proviennent :

- Des racines lombaires : sympathiques ou nerfs splanchniques pelviens ;
- Des racines sacrées de nature parasympathique.

Les voies sensibles remontent le long des utéro sacrés vers le nerf pré-sacré.

Les voies motrices semblent emprunter les voies du parasympathique pelvien.

### 2.4.2. Physiologie de l'utérus gravide

Le déclenchement du travail est sous contrôle neurologique et hormonal.

#### a. Filets sympathiques (nerfs hypogastriques)

Ils assurent surtout la conduction de la douleur et la rétractilité corporelle. Les filets parasympathiques (nerfs érecteurs) règlent la tonicité et la rétractilité du segment inférieur et du col.

#### b. Excitabilité et conductibilité de la fibre utérine

Elles sont par ailleurs soumises à une influence hormonale :

- Les œstrogènes rendent la fibre excitable et conductible.

- La progestérone augmente la liaison du Ca-ATPases dépendante, diminuant ainsi la concentration de  $\text{Ca}^+$  libre intracellulaire et la perméabilité de la membrane au  $\text{Ca}^+$ . Elle inhibe l'apparition des ponts d'ancrage, empêchant la synchronisation et en outre la propagation des potentiels d'action.
- L'ocytocine augmente l'excitabilité d'une fibre sous domination œstrogénique et reste sans influence sur la fibre inhibée par la progestérone.
- Les prostaglandines jouent un rôle important dans l'induction de l'activité myométriale. La sensibilité aux prostaglandines dépend comme pour l'ocytocine des variations des hormones stéroïdes.

Les contractions utérines résultent d'un raccourcissement des chaînes de protéines contractiles ou actinomyosines, grâce à l'énergie libérée par l'adénosine triphosphate en présence d'ions. Les contractions utérines peuvent naître de n'importe quel point du muscle utérin. L'utérus se contracte du fond jusqu'au niveau du col.

Au début du travail, les contractions utérines sont espacées, peu intenses et indolores. Elles sont infra-cliniques. Après elles se rapprochent, deviennent plus intenses et douloureuses.

### **c. Caractéristiques des contractions utérines douloureuses : (I<sup>2</sup>R<sup>2</sup>TP)**

Elles sont douloureuses et :

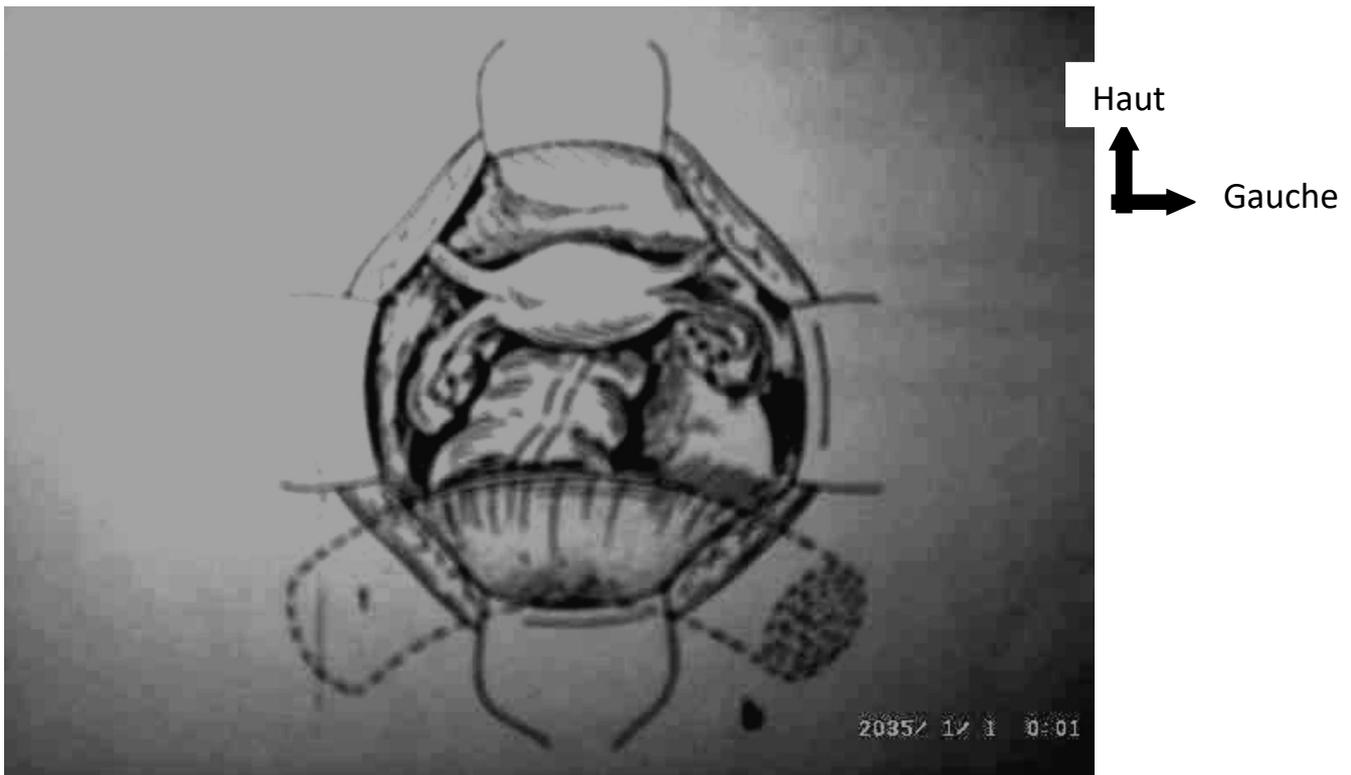
- Involontaires et intermittentes (I<sup>2</sup>) ;
- Régulières et rythmées (R<sup>2</sup>) ;
- Totales du fond jusqu'au col utérin (T) ;
- Progressives (P) en durée (satisfaisante et non fugace au moins 15 à 20 secondes), en fréquence (d'abord toutes les 10 mn, puis se rapprochant régulièrement pour arriver à la fréquence d'une contraction utérine toutes les 3 à 5 mn) et en intensité.

Elles ont pour effets

- L'effacement et la dilatation du col ;
- L'accommodation fœto-pelvienne ;
- L'engagement, la descente, la rotation et l'expulsion fœtale.

## 2.5. Technique d'hystérectomie abdominale totale : [10]

### 2.5.1. Hystérectomie non conservatrice d'annexe :



Source : Lansac J. [10]

***Schéma N°4 : Vue opératoire, position du champ roulé transversal qui retient les anses grêles d'après Lansac J. [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 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 ligament 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.



Source : Lansac J. [10]

**Schéma N°5: Mise en place des pinces sur le ligament large d'après Lansac. [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.

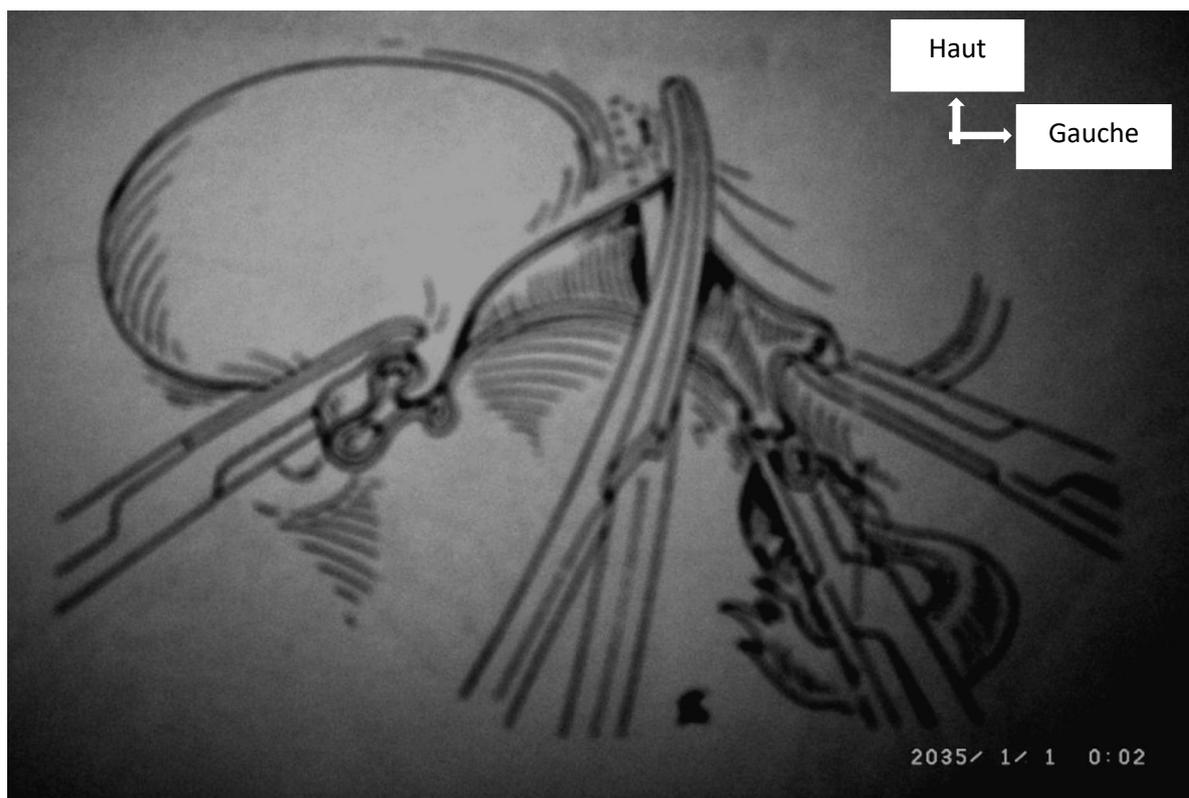
Les faces antérieures de l'utérus et du vagin étant dégagées, latéralement le bord de l'utérus est libéré en effondrant le tissu cellulaire lâche du ligament large. Le pédicule utérin peut être lié.

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

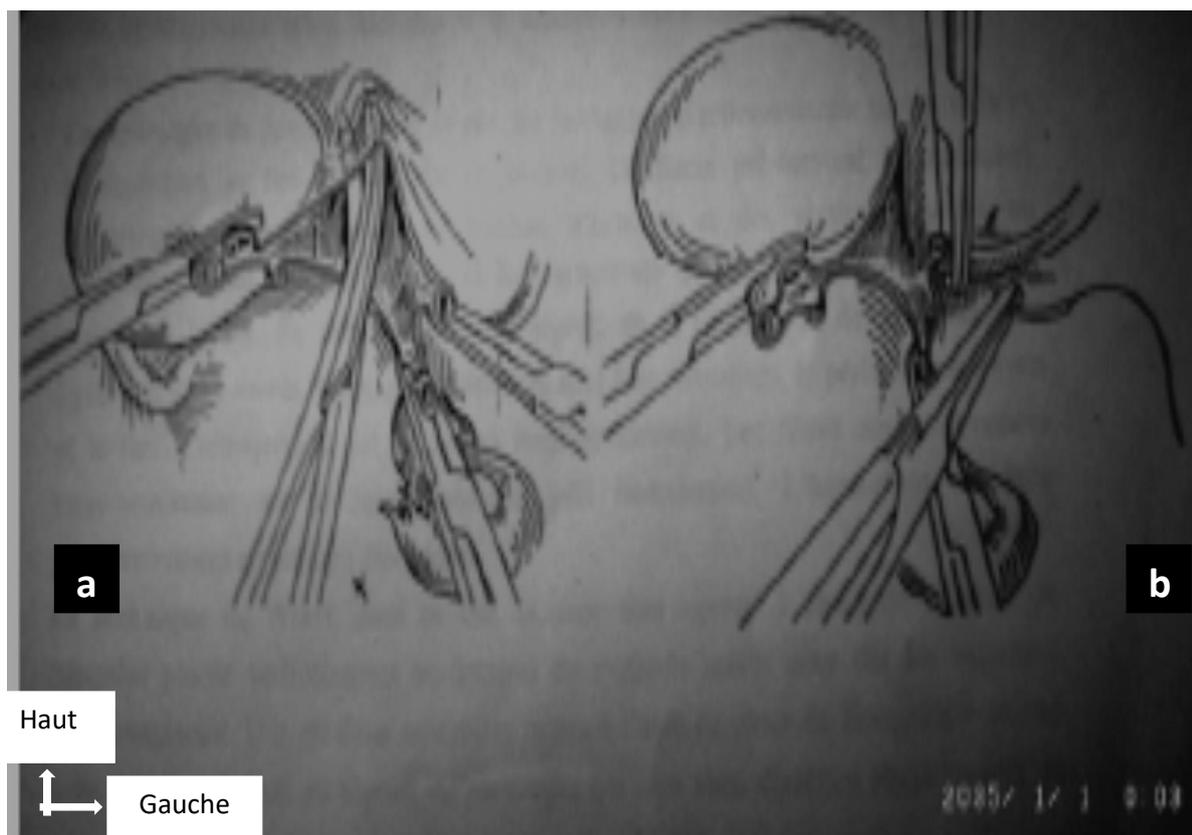
ciseaux dirigée d'abord vers l'utérus puis se retournant pour effondrer en avant le tissu fibreux de la face antérieure sous péritonéale de l'utérus. Deux pinces de Bakey, la plus externe afin de prendre la partie haute des vaisseaux cervico-vaginaux. La mise plus ou moins basse de la pince de Bengoléa 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.



Source : Lansac J. [10]

**Schéma N°6 : Ouverture du ligament large : Lansac J. [10]**

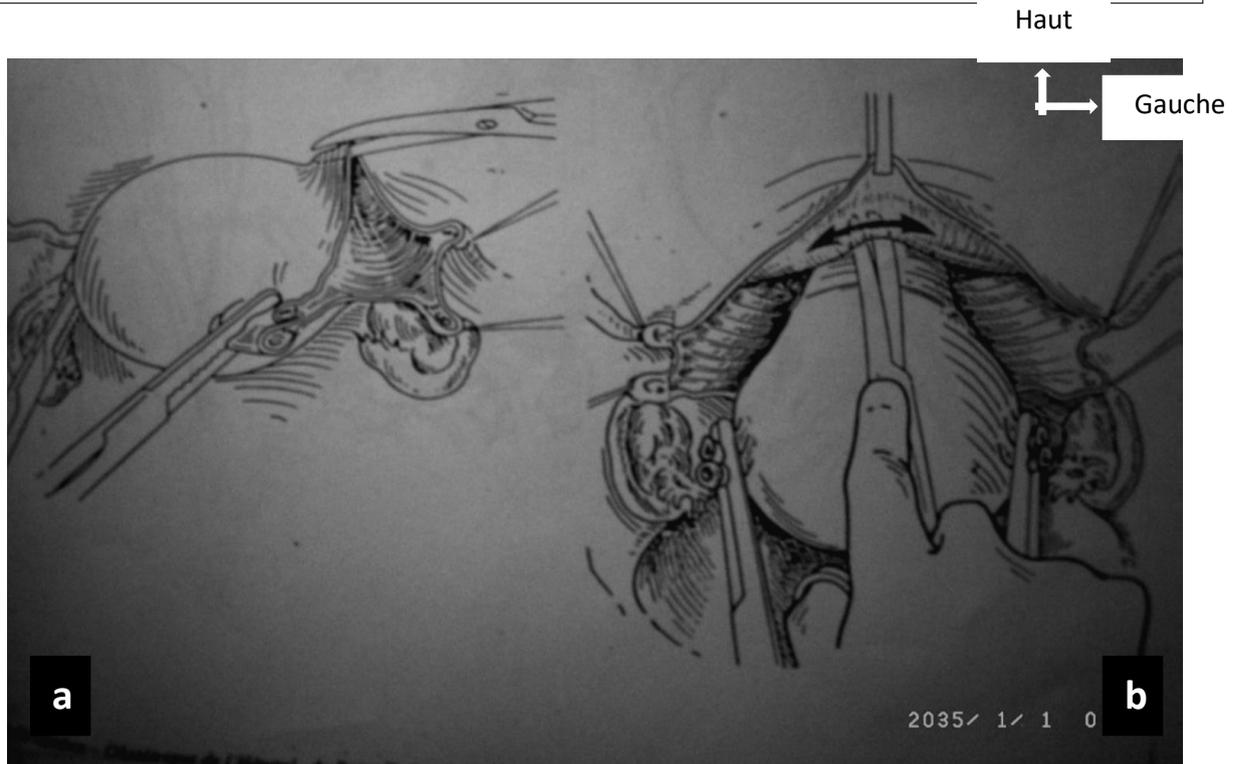


*Source : Lansac J. [10]*

**Schéma N° 7:** Décollement du plan vésico-utérine et ligature du ligament rond

*a : Décollement du péritoine vésico-utérin ;*

*b : Ligature du ligament rond d' après Lansac J. [10]*



Source : Lansac J. [10]

**Schéma N°8:** Incision et dissection du plan vésico-utérine [10]

*a : Incision du péritoine vésico-utérin ;*

*b : Dissection du plan vésico-utérin.*

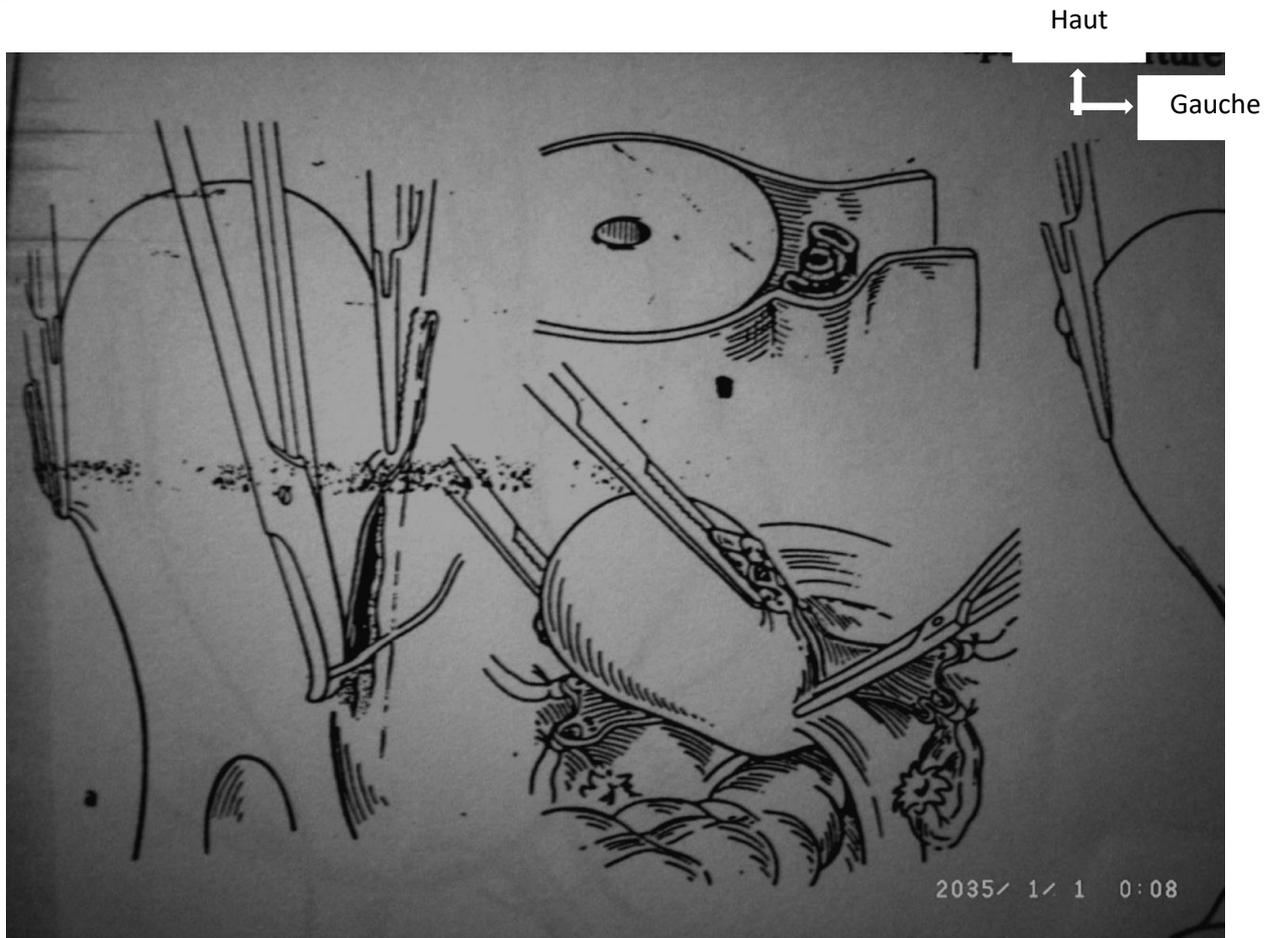
Deux solutions de fin de dissection s'offrent à l'opérateur : la dissection dite intra faciale appelée hystérectomie selon Aldridge et la dissection extra faciale appelée hystérectomie selon Wiart .

↳ **Technique d'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.

### ↳ **Technique de Wiart**

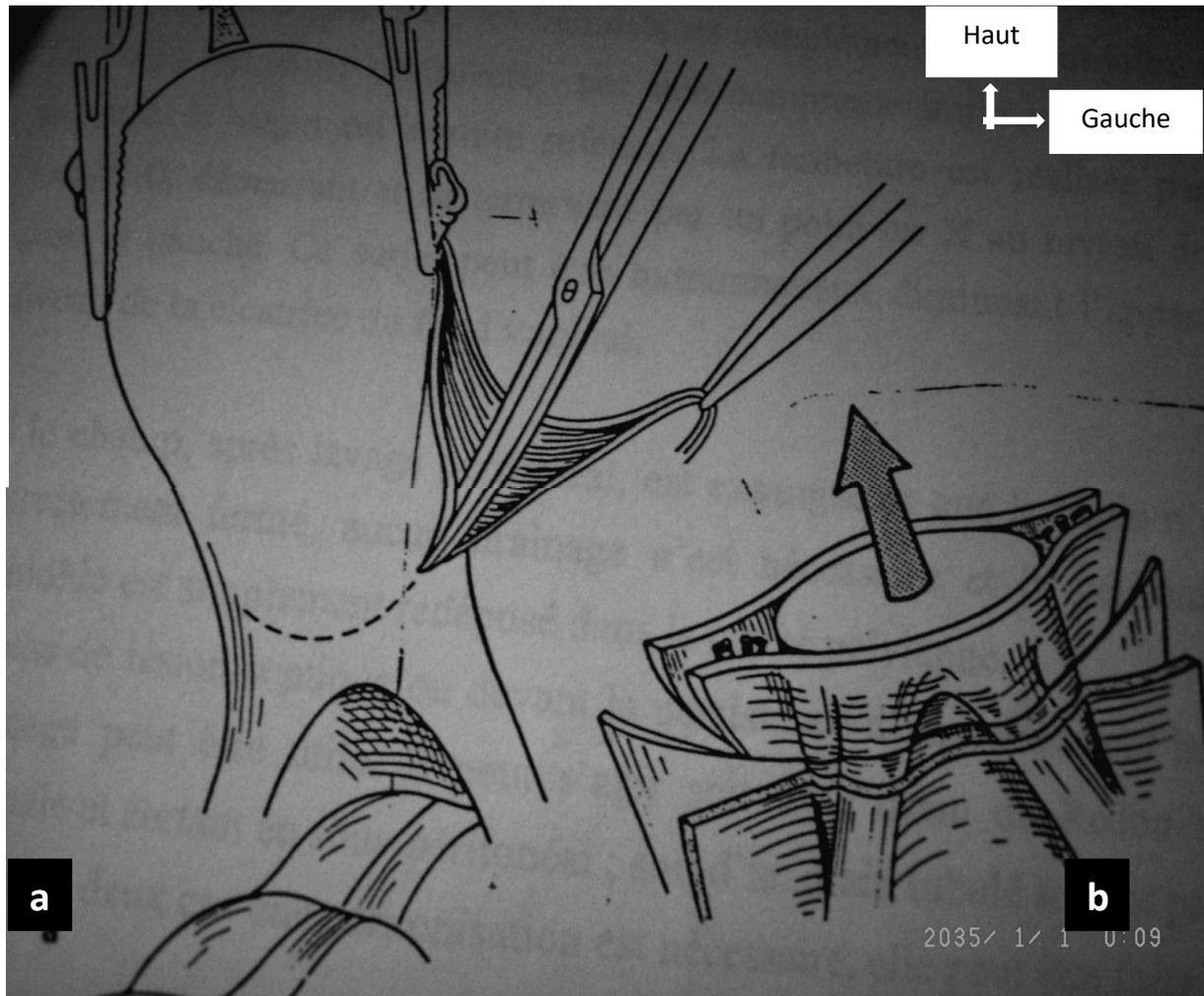
Dans ce cas, la dissection reprend à partir de la pince de Bengoléa placée verticalement au-dessous du pédicule utérin pour lier les vaisseaux cervicovaginanux. Une ou deux nouvelles prises à l'aide de pince de Bengoléa vont être faites de chaque côté, au niveau du para vagin qui sera ainsi disséqué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



*Source : Lansac J. [10]*

**Schéma N°9** : Dissection du pédicule utérin droit après ouverture du ligament large

- *Incision du péritoine postérieur, vue opératoire montrant le dégagement du pédicule ;*

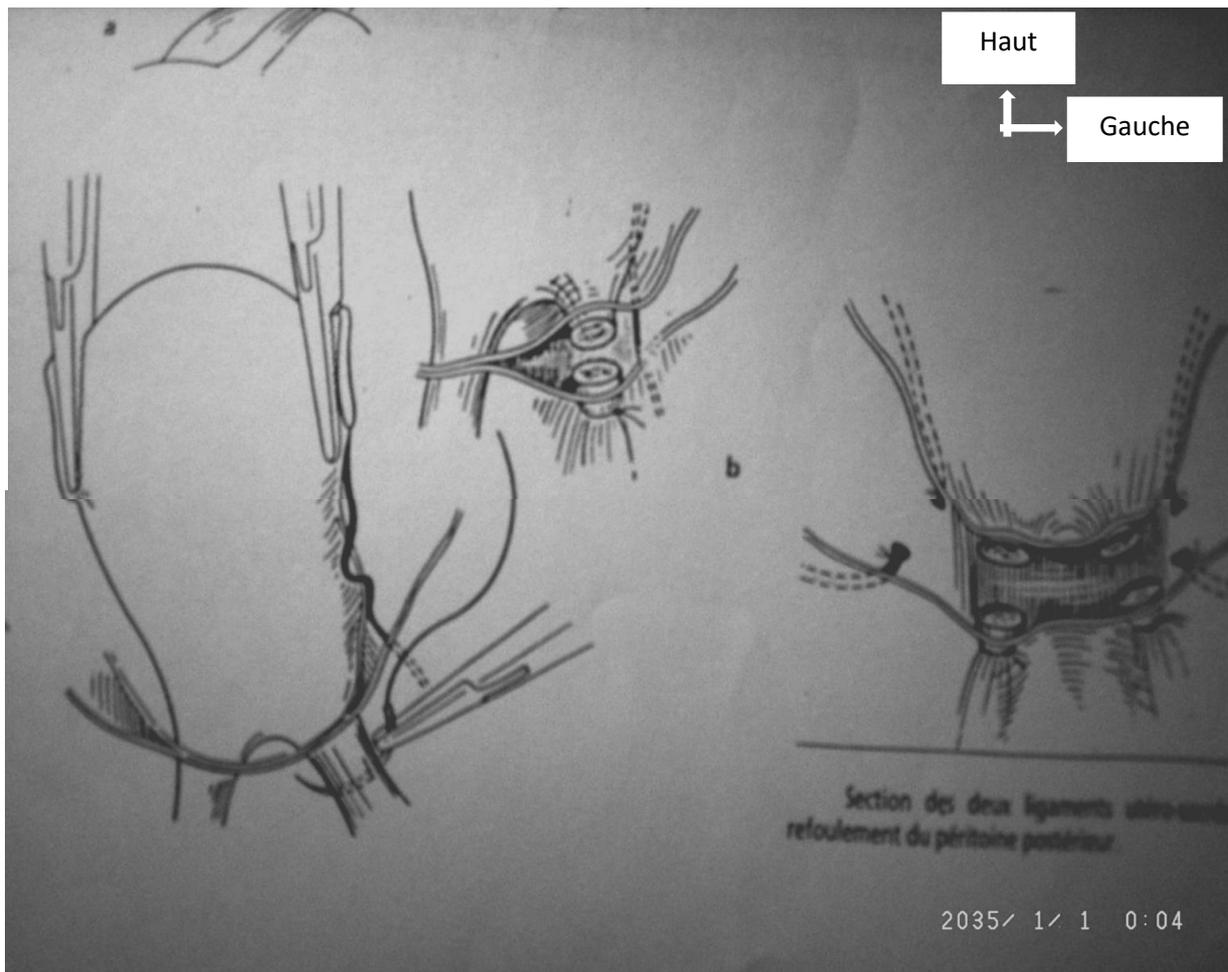


*Source : Lansac J. [10]*

**Schéma N°10 : Incision du péritoine et ligature du ligament utérosacré [10]**

*a : incision du péritoine après mise en tension des utéro-sacré ;*

*b : ligature du ligament utéro-sacré droit.*



Source : Lansac J. [10]

### **Schéma N°11: Ligature du ligament utéro-sacré [10]**

*a-Aiguillage utéro-sacré droit,*

*b- Section et ligature du ligament utéro-sacré droit,*

*c- Section des deux ligaments utéro sacrés et refoulement du péritoine postérieur .*

Après la dissection, le col monte facilement et l'opérateur vérifie, que celle-ci est suffisante, en palpant le col d'avant en arrière à travers les parois vaginales. Le vagin est alors sectionné au bistouri en débutant sur la face antérieure.

La tranche vaginale est badigeonnée avec de la polyvidone iodée. Au fur et à mesure de la section, les berges vaginales sont saisies dans les pinces et, les hémostases complémentaires sont faites au bistouri électrique. Le vagin est alors désinfecté par une compresse imprégnée de polyvidone iodée.

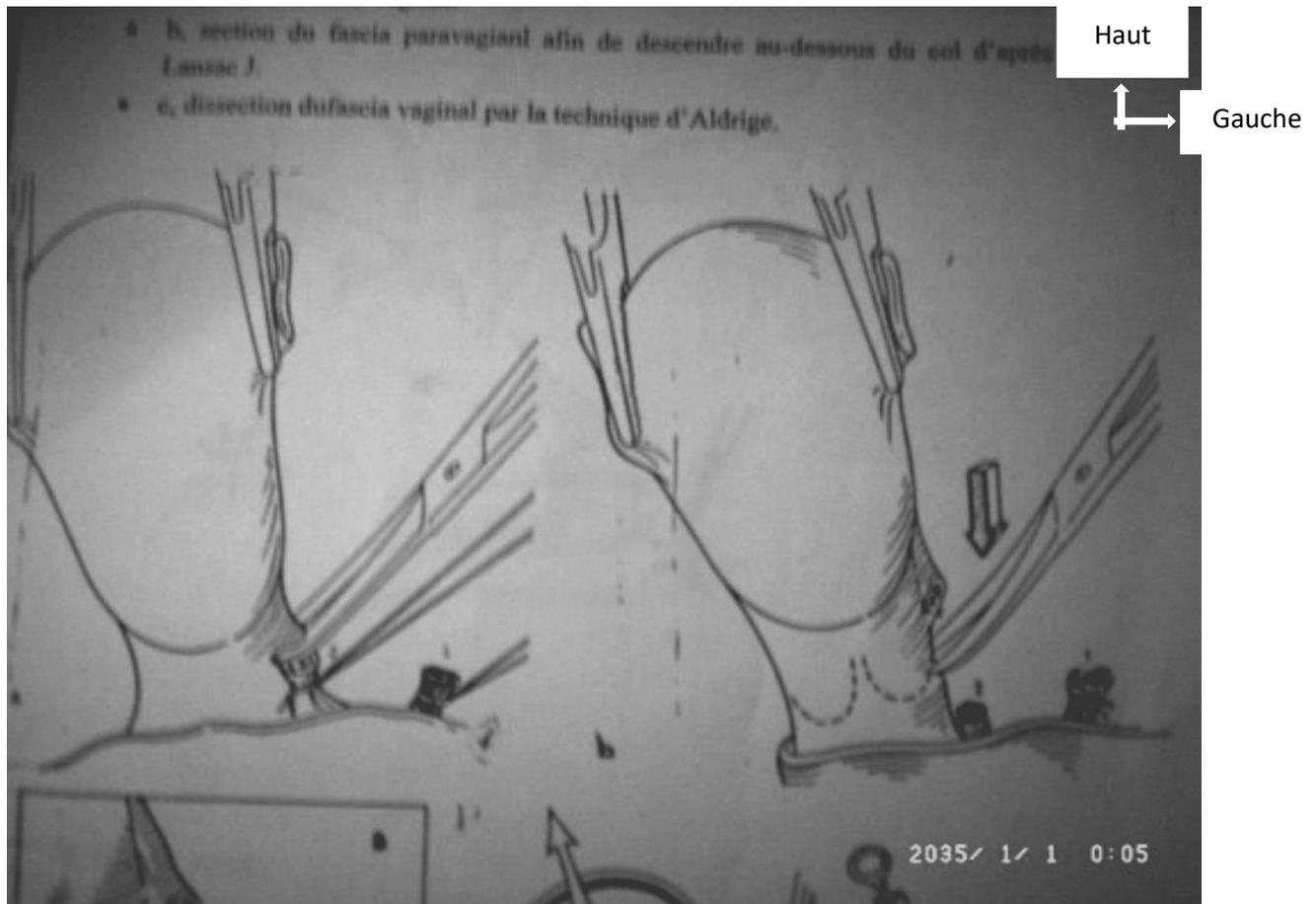
Très souvent, le vagin est ensuite refermé. La fermeture est réalisée par un surjet unique de vicryl 2/O, démarré et se terminant par un point en X au niveau des tissus para vaginaux droit et gauche. Ce surjet peut être extra muqueux diminuant l'apparition de granulome au niveau de la cicatrice du fond vaginal. 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.



Source : Lansac J. [10]

**Schéma N°12 : Section du para vagin et des artères cervico-vaginales**

*1-pédicule utérin ;            2-pédicule vésico-vaginal.*



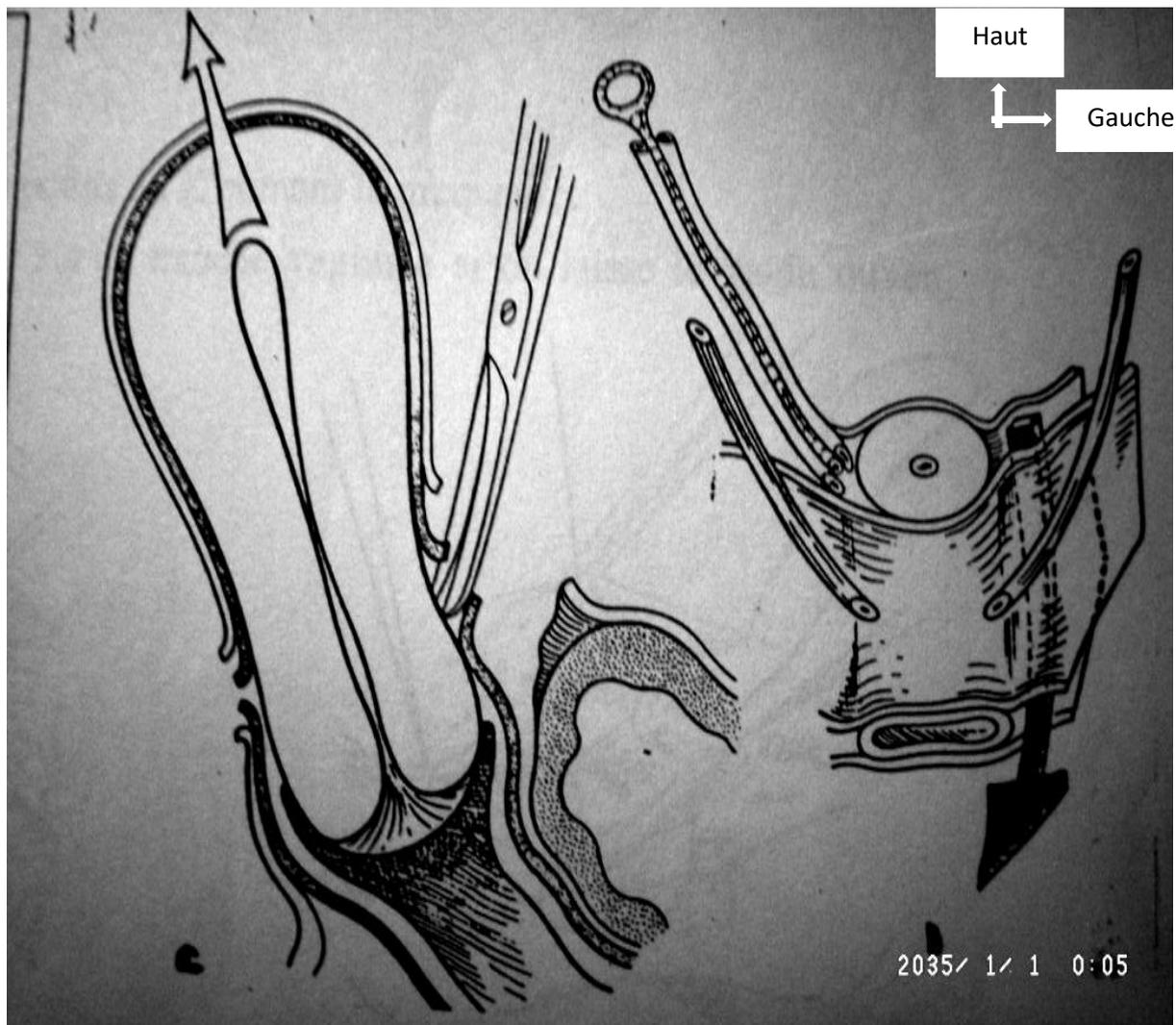
Source : Lansac J. [10]

**Schéma N°13 : Section du fascia paravaginal J. [10]**

a. Section du fascia para vaginal afin de descendre au-dessous du col d'après  
Lansac J. ;

b. Dissection du fascia para vaginal par la technique d'Aldridge.

c. Dissection du fascia vaginal par la technique d'Aldridge.



Source : Lansac J. [10]

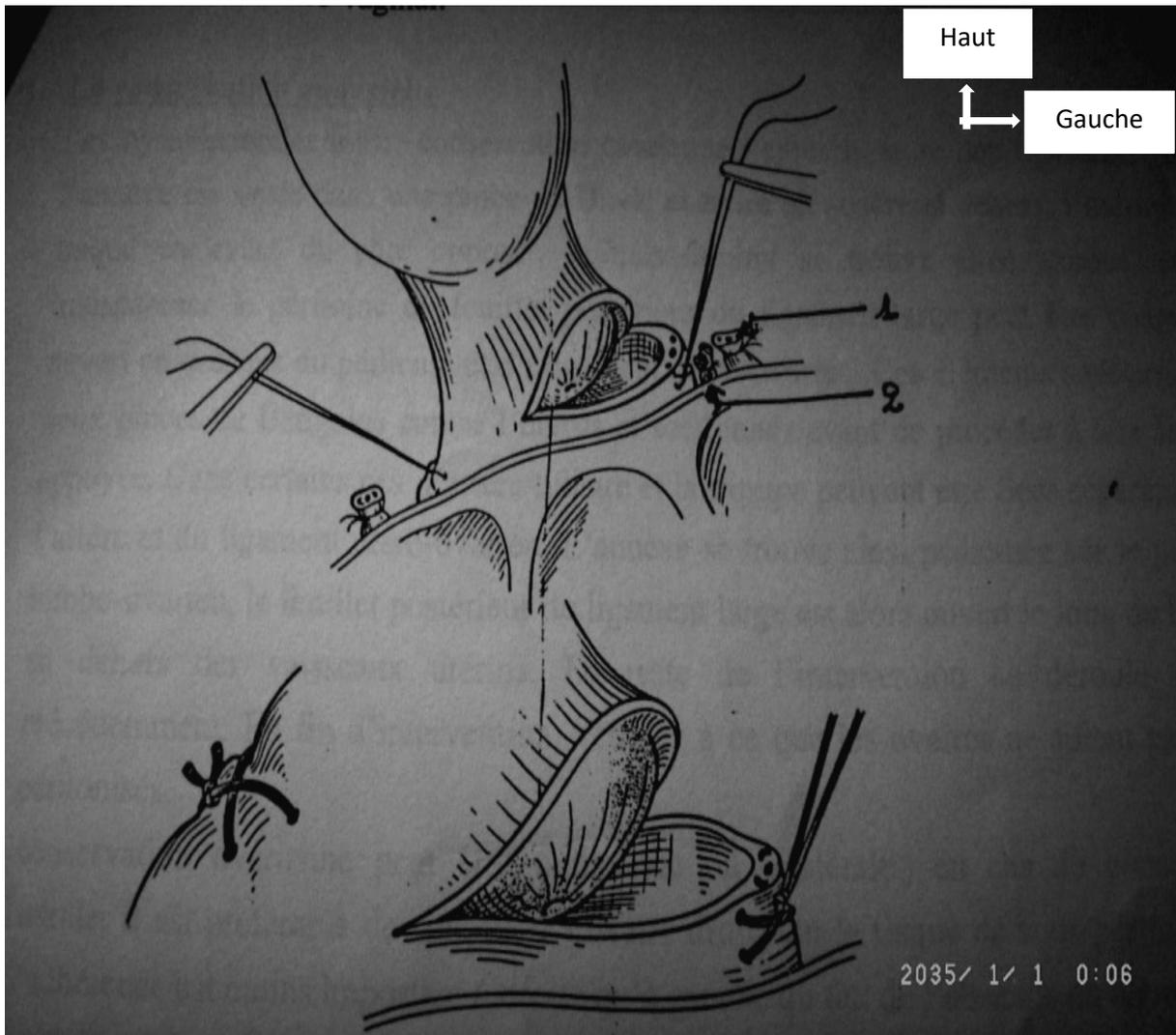
**Schéma N°14 : Dissection du fascia vaginal par la technique d'Aldridge**

- *Dissection du fascia vaginal par la technique d'Aldridge.*

\* *coupe sagittale ;*

\* *Technique d'Aldridge protège l'uretère.*

Les ciseaux passent dans le plan matérialisé par la flèche. L'uretère est avant, séparé par le fascia.

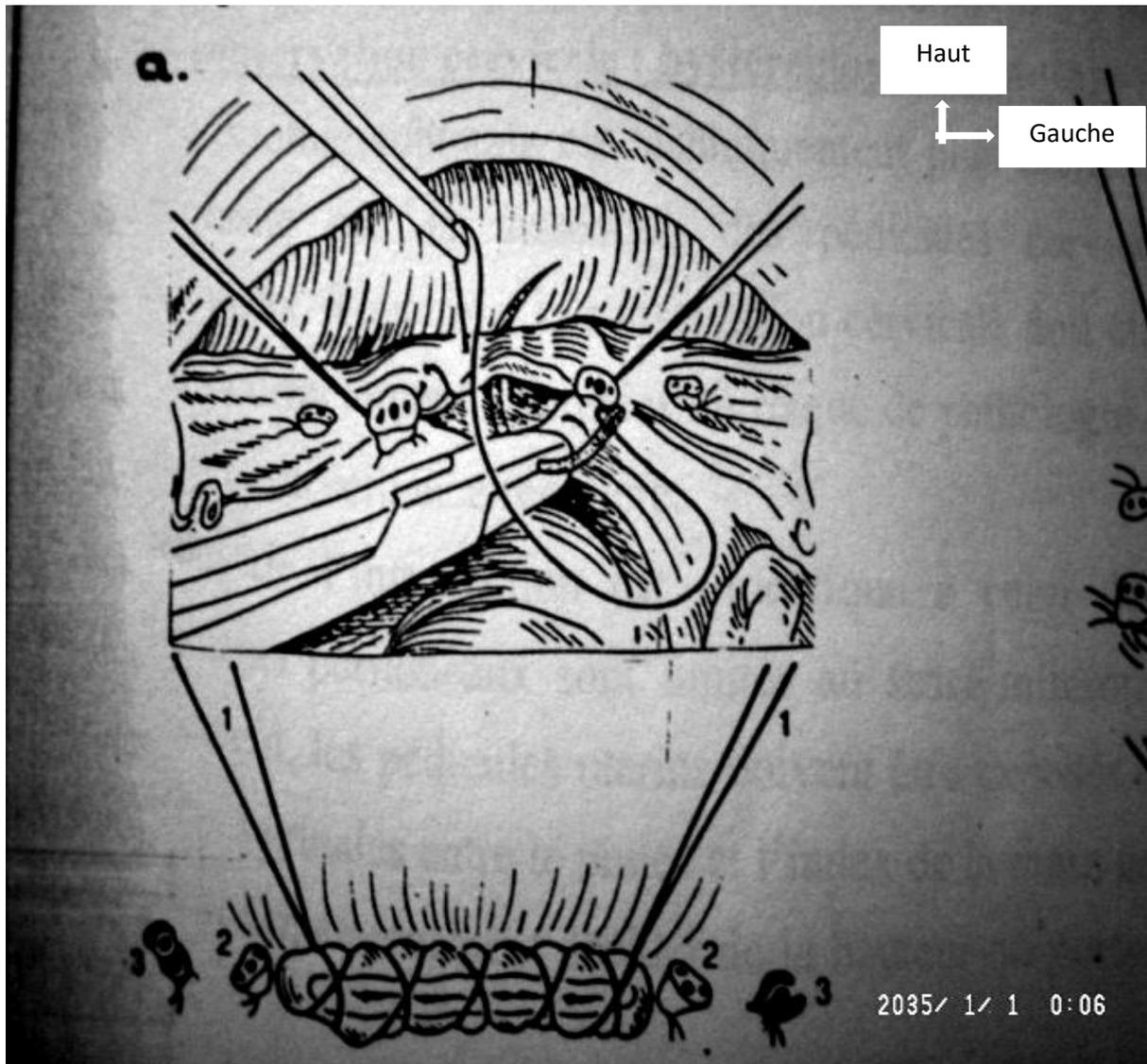


Source : Lansac J. [10]

**Schéma N°15 : Section du vagin après ligature de l'angle**

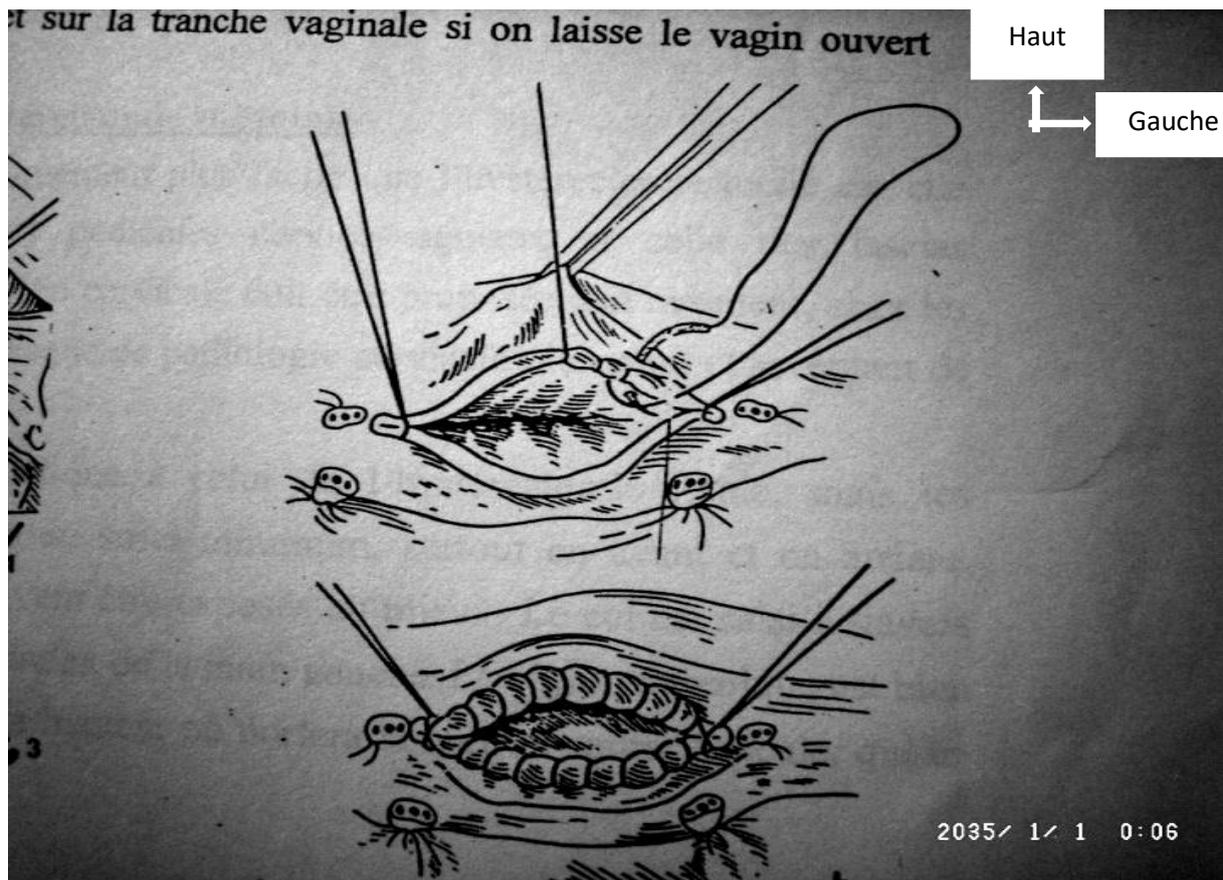
1 : Pédicule utérin

2 : Pédicule cervico-vaginal



*Source : Lansac J. [10]*

**Schéma N°16 : Fermeture du vagin par des points en X prenant la muqueuse. [10]**



Source : Lansac J. [10]

**Schéma N°17 : Mise en place d'un surjet sur la tranche vaginale si on laisse le vagin ouvert [10]**

Les modifications sont en fonction de l'exérèse de VILLET R. [11-12]. Nous avons :

**2.5.2. Conservation annexielle**

Les hystérectomies avec conservation ovarienne (trompes et ovaires) se font comme suit :

- Après la ligature des ligaments ronds, l'annexe est saisie dans une pince de Duval et attirée en arrière et en 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 sans 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 vasculaires.

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

#### **a. 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.

#### **b. 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.

### **c. 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.

### **d. Après rupture utérine**

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

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

### **2.5.4. Technique de l'hystérectomie totale après rupture utérine**

Les temps initiaux de l'hystérectomie totale sont les mêmes que ceux décrits précédemment à savoir :

- 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 utérosacrés 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

## **2.6. Indications de l'hystérectomie [11-12-13] :**

### **2.6.1. Hémorragies avant l'accouchement**

#### **↳ 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 codifiées.

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'infrastructures socio-sanitaires. 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 mal formé, tumoral ou cicatriciel. La désunion d'une cicatrice utérine au cours du travail est l'un des facteurs étiologiques 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 traitement du 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 ;
- la rupture contuse, irrégulière étendue accompagnée de lésions vasculaires ;
- la rupture datant de plus de 6 heures ou encore si même moins grave, elle survient chez une nullipare relativement âgée.

L'hystérectomie est l'opération de sécurité et elle doit être autant que possible inter annexielle (les ovaires laissés en place).

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

#### ↳ **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'HRP et on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'HRP. Nous distinguons diverses formes cliniques de l'HRP :

- \* Les formes avec hémorragies externes abondantes prêtant confusion avec le placenta prævia ;
- \* Les formes qui débutent par une hémorragie extra génitale dont le premier signe est soit une hématurie soit une hématomèse. Les signes de la maladie utéro- placentaire n'apparaissent que secondairement ;
- \* Les formes moyennes : fréquentes, dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué
- \* Les formes latentes : peuvent passer inaperçues, signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par découverte d'une cupule sur le placenta ;
- \* Les formes traumatiques : versions par manœuvres externes ou accidents, le plus souvent de la voie publique.

L'HRP 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.
- Nécrose corticale du rein : sur le plan hemo-vasculaire, on assiste à une forte coagulation du sang, localisé dans la zone utéroplacentaire. 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'HRP, 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.

### **2.6.2. Hémorragies après accouchement (de la délivrance)**

Ces hémorragies sont une perte 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 500 ml) 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 ayant un service de réanimation.

## **2.7. Complications de l'hystérectomie**

Après une hystérectomie d'hémostase, les suites opératoires peuvent être simples. Cependant, comme pour toute intervention chirurgicale, des complications peuvent survenir.

### **2.7.1. Complications per opératoires**

#### **a. Hémorragies**

Elles 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. La transfusion en per opératoire sera décidée en fonction du taux de l'hémoglobine de départ ou de l'état général en per opératoire.

#### **b. Complications urologiques**

##### **↳ Plaies vésicales**

Elles représentent 1 à 3% des hystérectomies. Elles doivent être suturées immédiatement en deux plans au Vicryl 3 /0 serti. En cas de doute, il faut faire injecter du bleu de méthylène dans la vessie par la sonde de Foley. La sonde vésicale est laissée 6 à 8 jours voire même 15 jours.

##### **↳ Blessures urétérales**

Elles sont rares et se voient en deux endroits, au niveau de la ligature des ligaments lombo-ovariens et au niveau de la ligature des artères utérines. L'essentiel devant une plaie urétérale est de s'en apercevoir. Le champ est en général envahi par les urines, facile à reconnaître. L'uretère blessé devient flasque et ne répète plus. Il suffit de le suivre pour repérer la plaie ou la section. En cas de doute, il faut ouvrir la vessie pour monter une sonde urétérale et

repérer l'uretère plus facilement ou faire injecter en intraveineuse de l'indigo carmin qui colore rapidement la fuite. En cas de ligature, il faut bien examiner l'uretère. Une zone contuse ou ischémie doit être réséquée.

En cas de section, il faut soit faire une suture termino-terminale sur sonde double J si on est au niveau du détroit supérieur et si les deux extrémités une fois libérées sont bien vascularisées et viennent au contact sans 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.

## **2.7.2. Complications postopératoires**

### **a. Eviscération vaginale**

Elle est exceptionnelle.

### **b. Fistules vésico-vaginales**

Elles peuvent survenir en cas de plaie vésicale passée inaperçue.

### **c. Troubles statiques**

- A type de rectocèle ou surtout d'élytrocèle ;
- Pathologies vaginales à type de raccourcissement vaginal : coït douloureux (dyspareunie) et sécheresse vaginale.

### **d. Complications de la transfusion sanguine :**

Bien qu'elles ne puissent être attribuées directement à l'acte opératoire, elles font partie des complications liées à l'hystérectomie quand celle-ci entraîne le recours à une compensation transfusionnelle des pertes. Il n'en demeure pas moins un taux très faible des complications, en particulier les contaminations virales à

révélation tardive (hépatites B et C, SIDA ...). Elles représentent 5% environ si on exclut les infections urinaires.

### **e. Complications infectieuses**

#### **★ Infections urinaires**

Elles 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 si possible.

#### **★ Abscesses des parois**

Ils représentent environ 6 à 7,8% des complications. Le risque augmente avec la durée de l'intervention (RR= 1,25 si la paroi fait plus de 30 mm d'épaisseur), mais diminue si on utilise une antibioprophylaxie

Là encore la prévention reste une asepsie et une hémostase correcte.

#### **★ Hématome profond infecté**

Il s'agit d'un hématome qui se constitue au niveau de la cicatrice vaginale, sous la péritonisation qui s'infecte.

Cette complication se rencontre dans 1,4% des hystérectomies. L'hématome infecté se manifeste par la fièvre au quatrième ou cinquième jour de l'intervention à 38,5 ou 39°C avec des décharges. Cette fièvre s'accompagne de douleurs pelviennes associées parfois à des signes rectaux type ténésme, épreintes.

Au toucher vaginal, il existe une masse douloureuse située au-dessus du vagin. On la sent mieux au toucher rectal.

L'échographie pelvienne montre une collection de 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 un examen bactériologique. Les logettes de l'abcès sont effondrées avec le doigt et la cavité lavée avec du sérum bétadiné.

## **f. Complications hémorragiques**

### **★ Hématomes pariétaux**

Ils sont les complications les plus fréquentes dans les incisions de Pfannenstiel, allant jusqu'à 4%. L'héparinothérapie n'a aucune influence sur la survenue de ces hématomes. Une reprise n'est nécessaire que si leur volume est important (supérieur à 6 cm<sup>3</sup>). Ils favorisent l'apparition d'abcès de parois.

### **★ Hémorragies vaginales**

Elles sont rares (0,9%) et 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 7g /dl non supportés. Le taux de transfusion est de l'ordre de 10%.

## **g. Complications thromboemboliques**

Elles sont rares (moins de 1% pour les thrombophlébites et 0,2% pour les embolies) si on met les patientes à risque sous héparine de bas poids moléculaire.

### **2.7.3. 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.

### **III. Méthodologie**

#### **3.1. Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie – Obstétrique et anesthésie réanimation du CHU du Point G.

##### **3.1.1. Présentation du CHU du Point G**

L'hôpital 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). Erigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point G a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi N° 92.025/A.N.R.M du 05 Octobre 1992. En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi N° 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 parturientes référées. Il couvre une superficie de 25 hectares. L'hôpital a un bloc opératoire comprenant huit salles d'opérations dont une salle pour le service de Gynécologie – Obstétrique, deux pour le service de l'Urologie, une pour la chirurgie A, une pour la chirurgie B, deux salles Coeliochirurgie pour la chirurgie A et une salle pour les Urgences Chirurgicales. Le bloc opératoire comprend également une unité de stérilisation centrale.

##### **3.1.2. Présentation du service de Gynécologie – Obstétrique**

Le service de gynéco-obstétrique a été créé en 1912.

Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

#### ↪ Succession des différents chefs de service

- 1970 : Professeur Rougerie (Chirurgien Français) ;
- 1970 à 1972 : Professeur Foucher (Chirurgien Français) ;
- 1972 à 1975 : Professeur Bocar Sall (Traumatologue Malien) ;
- 1975 à 1978 : Professeur Mamadou Lamine Traoré (Chirurgien Généraliste Malien) ;
- 1978 à 1983 : Docteur Colomard (Chirurgien Français) ;
- 1984 à 1985 : Marc Jarraud (Chirurgien Français) ;
- 1985 à 1986 : Docteur Henri Jean Philippe (Chirurgien Français) ;
- 1986 à 1987 : Docteur Etienne Steiner (Chirurgien Français) ;
- 1987 à 2001 : Professeur Amadou Ingré Dolo (Gynécologue-Obstétricien Malien) ;
- 2001 à 2003 : Docteur Niani MOUNKORO (Gynécologue-Obstétricien Malien) ;
- 2003 à 2015 : Professeur Bouraima MAIGA (Gynécologue-Obstétricien Malien) ;
- 2015 à nos jours : Professeur Tioukani Augustin THERA (Gynécologue-Obstétricien Malien).

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

#### ↪ **Situation géographique**

Le bâtiment abritant l'actuel service de Gynécologie - Obstétrique est construit sur 3 étages.

Il est situé entre le service de l'ex Médecine interne au Sud, le service de la Réanimation au Nord, le service de l'Urologie à l'Est et à l'Ouest le service d'Ophthalmologie, la cuisine et le logement d'astreinte.

Il comporte plusieurs unités (voir organigramme de structure).

### ↳ **Personnel**

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

- 6 Gynécologues-obstétriciens ;
- 24 Techniciens supérieurs de santé dont :
  - 21 sages-femmes dont un Major ;
  - 03 Aides de bloc : assistant médical.
- 03 techniciens de surface ;
- 02 Aides-soignantes ;
- 07 Garçons de salle dont trois (3) au bloc opératoire ;
- 01 Secrétaire ;
- Des étudiants en fin de cycle et des médecins en cours de spécialisation.

### ↳ **Infrastructures**

Le service comporte :

- 14 salles d'hospitalisation (34 lits) et 02 salles d'urgence (06 lits) ;
- Une salle de consultation externe ;
- Une salle de CPN (Consultation Prénatale) ;
- Une salle d'accouchement ;
- Une unité d'oncologie (salle de dépistage du néo du col et de cryothérapie) ;
- Une unité de PF (Planning Familial) et de PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH) ;
- Une unité de Procréation Médicalement Assistée (PMA) non fonctionnelle ;
- Une unité d'échographie Gynéco-obstétricale (fonctionnelle).

### ↳ **Fonctionnement**

Il existe 05 jours de consultation gynécologique (Lundi au Vendredi) et 04 jours d'interventions chirurgicales programmées.

Les consultations prénatales sont journalières.

La prise en charge des urgences est effective 24 heures /24.

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8H 30 mn unissant 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 évènements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde.

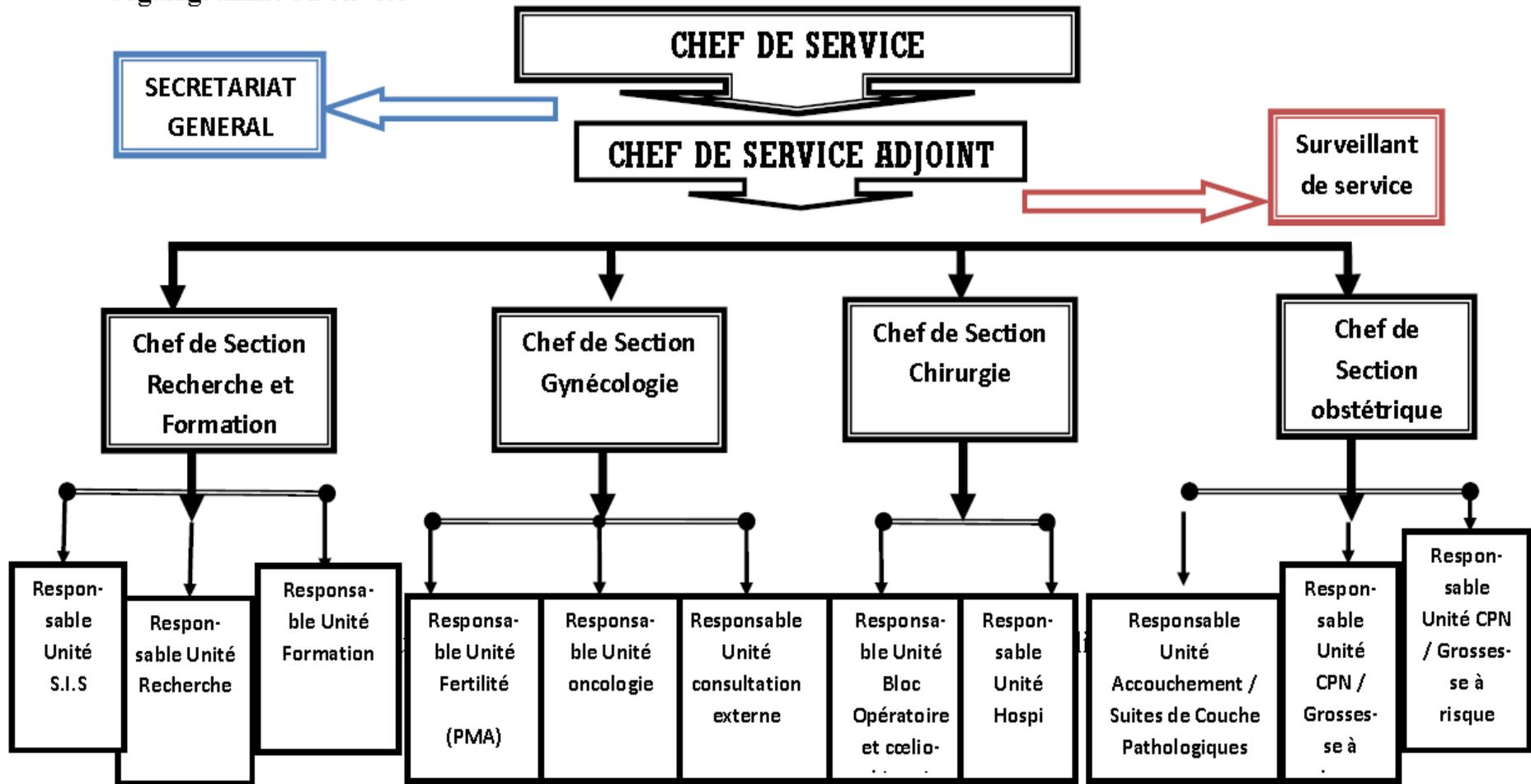
La visite est journalière et s'effectue après le staff.

Au niveau organisationnel du service de garde : une permanence est assurée par une équipe de garde composée : d'un médecin Gynécologue, un DES, deux à quatre étudiants en médecine faisant fonction d'interne, une sage-femme, deux assistants médicaux dont un anesthésiste et un aide de bloc, une infirmière obstétricienne, une aide-soignante et trois garçons de salle dont un au bloc opératoire.

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

Sa double vocation de soins et de formation en fait un centre dynamique.

Organigramme du service



**S.I.S** :Système Informatique    **C.P.N** :Consultation Périnatale / **Hospi** :Hospitalisation

### **3.2. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude transversale, analytique évaluant les hystérectomies d'hémostase par rupture utérine dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU du Point G.

### **3.3. Période d'étude**

Les patientes inclus dans l'étude étaient prises en charge entre le 01 Janvier 2007 et le 31 Décembre 2016 (10 ans).

### **3.4. Population d'étude**

Notre population d'étude était constituée de toutes les parturientes admises dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G par rupture utérine pendant la période d'étude.

### **3.5. Echantillonnage**

#### ***3.5.1. Critères d'inclusion :***

Toutes les patientes chez qui une hystérectomie d'hémostase obstétricale d'urgence suite à une rupture utérine a été réalisée dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du point G pendant la période d'étude.

#### ***3.5.2. Critères de non inclusion :***

- Les hystérectomies effectuées dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du point G dont le dossier est incomplet ;
- Les hystérectomies effectuées dans d'autres services puis transférées secondairement dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du point G.

### **3.6. Collecte des données**

#### ***↳ Outils de collecte des données***

La collecte des données a été faite sur une fiche d'exploitation documentaire

## Sources des données :

- Registre d'accouchement ;
- Dossiers individuels des patientes ;
- Registres de référence/évacuation ;
- Registre de compte rendu opératoire

### ↳ *Technique de collecte des données*

La collecte des données a été faite par l'exploitation des documents suscités et les variables étudiées consignées sur la fiche d'exploitation.

## 3.7. Variables étudiées

### ❖ Variables qualitatives

- La profession ;
- Le statut matrimonial ;
- Instruction du conjoint et elle-même
- Profession du conjoint
- Le mode d'admission ;
- Les antécédents personnels (médicaux, obstétricaux et chirurgicaux) et familiaux ;
- La voie d'accouchement ;
- Les complications maternelles ;
- Le geste chirurgical effectué ;
- La transfusion sanguine.

### ❖ Variables quantitatives :

- L'âge
- La gestité ;

- La parité ;
- Les chiffres tensionnels, le pouls et l'état de la conscience à l'admission ;

### 3.8. Définitions opératoires

- **Rupture utérine** : solution de la continuité non chirurgicale complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide ;
- **Patiente** : gestante ou parturiente ;
- **Primigeste** : 1<sup>ère</sup> grossesse ;
- **Pauci geste** : 2 à 4 grossesses ;
- **Multi geste** : 5 à 6 grossesses ;
- **Grande multi geste** :  $\geq 6$  grossesses ;
- **Primipare** : 1<sup>er</sup> accouchement ;
- **Pauci pare** : 2 à 4 accouchements ;
- **Multipare** : 5 à 6 accouchements ;
- **Grande multipare** :  $\geq 6$  accouchements ;
- **Hystérorraphie** : suture de l'utérus ;
- **Hystérectomie** : ablation partielle ou totale de l'utérus ;
- **Auto référence** : patiente venue d'elle-même ;
- **Référence** : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge sans la notion d'une urgence ;
- **Evacuation** : c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation ;
- **Phase de latence du travail d'accouchement** : c'est le travail d'accouchement avec dilatation cervicale  $\leq 3$ cm ;
- **Phase active du travail d'accouchement** : c'est le travail d'accouchement avec dilatation cervicale  $\geq 4$ cm ;

- **Césarienne prophylactique** : césarienne programmée lors des CPN et faite avant le début du travail d'accouchement ;
- **Césarienne d'urgence** : césarienne réalisée chaque fois que le pronostic maternel ou fœtal ou et/maternel est engagé ;
- **Etat de mort apparente** : score d'Apgar allant de 1 à 3 ;
- **Apgar morbide** : nouveau-né ayant un Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute entre 4 et 7 ;
- **Pronostic materno-fœtal** : issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en terme de mortalité et de morbidité ;
- **Bi ou tri antibiothérapie** : traitement avec 2 ou 3 antibiotiques de familles différentes ;
- **Morbidité maternelle** : elle se définit comme toute pathologie, chez une femme enceinte (quelles que soient la localisation et la durée de la grossesse) ou accouchée depuis moins de 42 jours, due à une cause liée à la grossesse ou aggravée par elle ou sa prise en charge, mais sans lien avec une cause accidentelle ou fortuite (**PruaA., 2000**) ;
- **Mortalité maternelle** : Selon l'OMS elle se définit par le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite (**Bouvier-ColleMH, 2001**) ;
- **Mortalité périnatale** : elle regroupe la MFIU et la mort néonatale précoce ;
- **Mortalité néonatale précoce** : elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 6<sup>ème</sup> jour de vie ;
- **Mortalité néonatale** : elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 28<sup>ème</sup> jour de vie ;
- **Facteurs de risque** : « Toute caractéristique ou toute circonstance déterminante, attaché à une personne ou à un groupe de personnes, et dont on sait, qu'elle est associée à un risque anormal d'existence ou d'évolution d'un processus ou d'une exposition spéciale à un tel processus » ;

- **Score infectieux** : ensemble de paramètres cotés de 0 à 2 qui permettent d'évaluer le risque infectieux en cas de césarienne ou rupture utérine (Voir annexes).
- **Protocole de Syntocinon** :
  - ✓ Perfusion veineuse de 5 UI de syntocinon (1 ampoule) dans 500ml de sérum glucosé isotonique 5%.
  - ✓ 30 minutes après le début, il faut augmenter de 4 gouttes toutes les 15mn jusqu'à obtenir 3 contractions utérines douloureuses toutes les 10 mn
  - ✓ Ne pas dépasser 32 gouttes par minute ;
  - ✓ Maintenir la perfusion au minimum après la délivrance

### **3.9. Prise en charge médico-chirurgicale des patientes**

Chaque patiente dès l'admission a bénéficié d'un examen clinique complet et nous procédons à la prise en charge médico-chirurgicale après confirmation du diagnostic. Cette prise en charge commence par la prise d'au moins une voie veineuse de gros calibre avec perfusion du Ringer Lactate ou de la Gélofusine, la réalisation du groupage rhésus et du taux d'hémoglobine et la délivrance d'un bon de sang aux parents si nécessaire.

Elle se poursuit par le transfert en urgence au bloc opératoire pour la prise en charge chirurgicale au cours de laquelle nous réalisons une hystérectomie subtotale ou totale selon le statut local et les antécédents obstétricaux. L'opérée est mise sous bi ou triple antibiothérapie selon le score infectieux, fer + acide folique à la dose thérapeutique et antalgique (Perfalgan 1g).

Une transfusion sanguine a été faite dans tous les cas où le taux d'hémoglobine était inférieur à 7 g/dl ou en cas de présence de signes d'intolérance de l'anémie.

Les patientes sont libérées en général entre J5 et J10 postopératoires si l'état clinique le permet. A la sortie une fiche de suivi post opératoire portant l'indication opératoire est délivrée à l'opérée.

La retro information vers la structure qui a référé est assurée par un courrier officiel correctement tenu.

Le 1<sup>er</sup> pansement de la plaie opératoire a lieu à J<sub>4</sub> postopératoire sauf en cas d'anomalie telle qu'une suppuration pariétale associée en général à une fièvre constatée avant ce délai.

Les patientes sont revues en consultation post opératoire 1 mois après leur sortie. Au cours de cette consultation en plus de l'examen clinique nous mettons l'accent sur :

- l'indication opératoire ;
- le devenir obstétrical de la patiente ;
- sa vie conjugale.

NB : les avantages de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois si nouveau-né vivant ont été expliqués aux patientes.

### **3.10. Collecte, saisie et analyse 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, des examens para cliniques et des suites opératoires. Les sources de données étaient constituées par les dossiers des patientes, le registre de compte rendu opératoire, le registre d'accouchement.

Le traitement de texte a été fait avec le logiciel Microsoft Word version 2016. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel SPSS version 22.0. Le test de Chi 2 a été utilisé avec un seuil de signification P : 0,05 et celui Fisher pour les effectifs inférieurs à 5.

### **3.11. Aspects éthiques**

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

#### IV. Résultats

Pendant notre étude nous avons effectué 16033 accouchements dans le service de Gynéco-obstétrique du Point-G parmi lesquels nous avons collecté 64 cas d'hystérectomie obstétricale d'urgence soit une fréquence de 0,4% soit une hystérectomie sur 250 accouchements.

**Tableau I : Répartition des patientes selon l'année d'intervention**

Année	Effectif	Pourcentage %
2007	0	00
2008	1	1,6
2010	2	3.0
2011	3	4,7
2012	4	6,3
2013	4	6,3
2014	4	6,3
2015	1	1,6
2016	2	3.0
<b>2017</b>	<b>42</b>	<b>65,6</b>
2018	1	1,6
Total	64	100,0

La majorité des patientes était reçu en 2017 soit un taux de 65,6% des cas.

**Tableau II : Répartition des patientes selon la tranche d'âge**

<b>Tranche d'âge</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
14 à 19	11	17,2
20 à 24	10	15,6
25 à 29	15	23,4
<b>30 à 34</b>	<b>16</b>	<b>25,0</b>
35 à 39	7	11
40 et plus	5	7,8
Total	64	100

La tranche d'âge de 30 à 34 était la plus touchée avec une fréquence de 25%.

L'âge moyen était de  $27,8 \pm 7,4$  ans avec des extrêmes de 15 et 44 ans.

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

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Commerçante/vendeuse	6	9,4
<b>Ménagère</b>	<b>46</b>	<b>71,9</b>
Fonctionnaire	3	4,7
Elève/Étudiante	6	9,3
Autres	3	4,7
Total	64	100

Les ménagères étaient dominantes soit une fréquence de 71,9%

**Tableau IV : Répartition des patientes selon l'instruction**

<b>Instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Instruites	14	21,9
<b>Non instruites</b>	<b>50</b>	<b>78,1</b>
Total	64	100

La majorité des patientes étaient non scolarisées soit un taux de 78,1% des cas.

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

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Mariée</b>	<b>61</b>	<b>95,3</b>
Célibataire	3	4,7
Total	64	100

Les femmes mariées représentaient 95,3% des cas.

**Tableau VI : Répartition des patientes selon l'instruction des conjoints**

<b>Instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Instruits</b>	<b>43</b>	<b>67,2</b>
Non instruits	21	32,8
Total	64	100

La majorité des conjoints était scolarisée soit un taux de 67,2% des cas.

**Tableau VII : Répartition des patientes selon la profession du conjoint**

<b>Profession du conjoint</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Fonctionnaire	16	25
Commerçant/vendeur	9	14,1
Cultivateur	12	18,8
Mécanicien	1	1,6
Chauffeur/Taxi moto	2	3.0
<b>Ouvriers</b>	<b>13</b>	<b>20,3</b>
Autres	11	17.2
Total	64	100

Les ouvriers étaient dominants soit une fréquence de 20,3%

**Autres :** Carrolier (1) ; Menuisier (1) ; Tailleur (1) ; Couturier (1) ; Tradithérapeute (1) ;  
Éleveur (1) ; Éleveur-Agriculteur (1) ; Employé (1) ; Expatrié (1) ; Orpailleur (1) ; pêcheur  
(1) ;

**Tableau VIII : Répartition des patientes selon le mode de référence**

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage %
Venue d'elle-même	23	35,9
<b>Référée / Evacuée</b>	<b>41</b>	<b>64,1</b>
Total	64	100,0

Les patientes référées/évacuées représentaient 64,1% des cas.

**Tableau IX: Répartition des patientes selon l'ethnie**

Ethnie	Effectif	Pourcentage %
<b>Bambara</b>	<b>29</b>	<b>45.3</b>
Soninké	1	1,6
Malinké	7	11.0
Sénoufo	3	4,7
Minianka	1	1,6
Bobo	1	1,6
Bozo	2	3.0
Sonrhai	1	1,6
Sarakolé	6	9,4
Peulh	7	10,9
Dogon	2	3.0
Autres	4	6.3
Total	64	100,0

Les Bambaras représentaient 43,8% des cas

**Autres** : Bamou (1) ; Guinéenne (1) ; Kakolo (2) ;

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

<b>Provenance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Ville de Bamako</b>	<b>54</b>	<b>84,4</b>
Périphérie de Bamako	10	15,6
Total	64	100

La majorité des patientes provenait de Bamako dans 84,4% des cas.

**Tableau XI : Répartition des patientes selon le moyen de transport**

<b>Moyen de transport</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Médicalisé	7	10,9
<b>Non médicalisé</b>	<b>57</b>	<b>89,1</b>
Total	64	100

Le moyen de transport était non médicalisé dans 89,1%

**Tableau XII : Répartition des patientes selon la présence de la fiche référence**

<b>Fiche de référence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Oui	12	18,7
<b>Non</b>	<b>52</b>	<b>81,3</b>
Total	64	100

La majorité des patientes n'était pas munie de fiche de référence soit 81,3% des cas.

**Tableau XIII : Répartition des patientes selon le temps d'évacuation**

<b>Temps d'évacuation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>0 - 8h</b>	<b>58</b>	<b>90,6</b>
8 - 24h	6	9,4
Total	64	100

La majorité des patientes avait un temps d'évacuation entre 0 à 8h soit 90,6% des cas.

**Tableau XIV : Répartition des patientes selon le motif de référence**

<b>Motif de référence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Césarienne itérative</b>	<b>13</b>	<b>20,3</b>
CUD/ grossesse	11	17,2
Eclampsie	9	14,1
Hémorragie	9	14,1
Présentation anormale	2	3
Déclanchement	1	1,6
Pathologie fœtale	1	1,6
Autres	18	28,1
Total	64	100,0

La césarienne itérative était le motif de référence le plus fréquent soit 20,3% des cas

**Tableau XV : Répartition des patientes selon l'itinéraire**

<b>Itinéraire</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
Domicile --- C.H.U Point G	7	10,9
<b>Domicile --- C.S.Rèf --- C.H.U Point G</b>	<b>51</b>	<b>79,7</b>
Domicile -- C.S.Com -- C.S.Rèf -- C.H.U Point .G	3	4,6
Domicile --- Clinique --- C.H.U Point G	1	1,6
Domicile ---C.S.Rèf--- C.H.U .GT---C.H.U point.G	1	1,6
Domicile --- C.H.U .GT--- C.H.U point.G	1	1,6
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

Domicile --- C.S.Rèf --- C.H.U Point G était l'itinéraire le plus fréquent soit 79,7% des cas.

**Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'intervalle inter-génésique**

<b>Intervalle inter-génésique</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>0 - 2</b>	<b>38</b>	<b>59,4</b>
2 et plus	26	40,6
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

La majorité des patientes avait un intervalle inter-génésique entre 0-2.

**Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'usage de contraceptifs**

<b>Contraception</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Oui	10	15,6
<b>Non</b>	<b>54</b>	<b>84,4</b>
Total	64	100,0

84,4% des patientes n'avaient pas utilisées de contraceptifs

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

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Primipare	19	29,7
Multipare	21	32,8
<b>Grande multipare</b>	<b>24</b>	<b>37,5</b>
Total	64	100,0

Un tiers des patientes était des grandes multipares.

**Tableau XIX : Répartition des patientes selon les ATCD chirurgicaux**

<b>Antécédents chirurgicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Oui</b>	<b>27</b>	<b>42,2</b>
Non	37	57,8
Total	64	100

42,2% des patientes avaient des ATCD chirurgicaux

**Tableau XX : Répartition des patientes selon les ATCD de rupture utérine**

<b>ATCD de rupture utérine</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Oui</b>	<b>2</b>	<b>3,1</b>
Non	62	96,9
Total	64	100

3,1% des patientes avaient un ATCD de rupture utérine.

**Tableau XXI : Répartition des patientes selon la consultation prénatale**

<b>CPN</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Oui</b>	<b>54</b>	<b>84,4</b>
Non	10	15,6
Total	64	100,0

La majorité des patientes avait effectué la CPN soit 84,4% des cas.

**Tableau XXII : Répartition des patientes selon le nombre de CPN**

<b>Nombre de CPN</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>0- 3</b>	<b>36</b>	<b>56,2</b>
sup ou égal 4	28	43,8
Total	64	100,0

La majorité des patientes n'avait pas fait de CPN de qualité soit 56,2% des cas.

**Tableau XXIII : Répartition des patientes selon l'auteur de la CPN**

<b>Auteur de la CPN</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Sage-femme</b>	<b>45</b>	<b>70,3</b>
Médecin généraliste	5	7,8
Matrone	3	4,7
Gynéco-obstétricien	1	1,6
Indéterminé	10	15,6
Total	64	100,0

La majorité des CPN a été faite par des sages-femmes soit 70,3% des cas.

**Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la mesure du poids de la mère**

<b>Mesure du poids</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Oui	54	84,4
Non	10	15,6
Total	64	100,0

Le poids était mentionné dans 84,4% des cas.

**Tableau XXV : Répartition des patientes selon la mesure de la taille de la mère**

Mesure de la taille de la mère	Effectif	Pourcentage %
Oui	57	89,1
Non	7	10,9
Total	64	100,0

La taille était mentionnée dans 89,1% des cas.

**Tableau XXVI : Répartition des patientes selon la mesure de la tension artérielle**

Mesure de la tension artérielle	Effectif	Pourcentage %
Oui	61	95,3
Non	3	4,7
Total	64	100,0

La tension a été prise dans 95,3% des cas.

**Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la mesure de la hauteur utérine**

Mesure de la HU	Effectif	Pourcentage %
<b>Elevée</b>	<b>3</b>	<b>4,7</b>
Normale	61	95,3
Total	64	100,0

Seules trois patientes avaient une hauteur utérine élevée dans 4,7% des cas.

**Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la présence d'hydramnios**

Hydramnios	Effectif	Pourcentage %
Oui	1	1,6
<b>Non</b>	<b>63</b>	<b>98,4</b>
Total	64	100,0

98,4 % des patientes n'avaient pas d'hydramnios

**Tableau XXIX : Répartition des patientes selon l'état du bassin**

<b>Etat du bassin</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>1-Bassin normal</b>	<b>48</b>	<b>75,0</b>
Bassin limite	11	17,2
BGR	3	4,7
Bassin asymétrique	1	1,6
Indéterminé	1	1,6
Total	64	100,0

Le bassin était normal dans 75% des cas.

**Tableau XXX : Répartition des patientes selon la réalisation du groupage rhésus en urgence**

<b>Groupage rhésus réalisé</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Oui</b>	<b>62</b>	<b>96,9</b>
Non	2	3,1
Total	64	100,0

Le groupage rhésus a été fait en urgences chez 96,9% des cas.

**Tableau XXXI : Répartition des patientes selon l'utilisation du partogramme**

Utilisation du partogramme	Effectif	Pourcentage %
<b>Oui</b>	<b>37</b>	<b>57,8</b>
Non	27	42,2
Total	64	100,0

Le partogramme a été utilisé dans 57,8% des cas.

**Tableau XXXII : Répartition des patientes selon l'utilisation d'ocytociques**

Utilisation d'ocytociques	Effectif	Pourcentage %
<b>Oui</b>	<b>50</b>	<b>78,1</b>
Non	14	21,9
Total	64	100,0

Les ocytociques ont été utilisés dans 78,1% des cas.

**Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon la qualité d'utilisation d'ocytociques.**

Utilisation correcte d'ocytociques	Effectif	Pourcentage %
Correcte	14	28
<b>Non correcte</b>	<b>36</b>	<b>72</b>
Total	50	100,0

L'utilisation d'ocytocine n'était pas correcte dans 72% des cas.

**Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon les ocytociques utilisés**

Ocytociques utilisés	Effectif	Pourcentage %
<b>Syntocinon</b>	<b>39</b>	<b>60,9</b>
Cytotec	11	17,2
Indéterminé	14	21,9
Total	64	100,0

Le syntocinon était le plus utilisé soit 60,9% des cas.

**Tableau XXXV : Répartition des patientes selon le type de la Rupture utérine**

Type de Rupture utérine	Effectifs	Pourcentage %
<b>Rupture complète</b>	<b>63</b>	<b>98,4</b>
Rupture sous séreuse	1	1,6
Total	64	100,0

La majorité de RU était complète dans 98,4% des cas.

**Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon le siège de la Rupture Utérine**

<b>Siège de RU</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
Segmentaire	12	18,8
<b>Corporéal</b>	<b>52</b>	<b>81,2</b>
Total	64	100,0

La majorité de Rupture utérine était corporéale dans 81,3% des cas.

**Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon le type d'hystérectomie d'hémostase**

<b>Type d'hystérectomie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Totale</b>	<b>36</b>	<b>56,3</b>
Subtotale	28	43,8
Total	64	100,0

L'hystérectomie totale a été réalisée chez 56,3% des patientes.

**Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon la qualification de l'opérateur**

<b>Qualification de l'opérateur</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Gynécologues</b>	<b>46</b>	<b>71,9</b>
DES Gynécologie	16	25,0
FFI	2	3,1
Total	64	100,0

71,9% des patientes ont été opéré par les gynécologues.

**NB** : les FFI du service qui ont réalisé sous surveillance d'un gynécologue.

**Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon la qualification de l'anesthésiste**

<b>Qualification de l'anesthésiste</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Infirmier anesthésiste</b>	<b>60</b>	<b>93,7</b>
Médecin anesthésiste	3	4,7
DES anesthésie	1	1,6
Total	64	100,0

La majorité de l'anesthésie a été faite par les infirmiers anesthésistes soit 93,7% des cas.

**Tableau XL : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie réalisé**

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage %
<b>Anesthésie Générale (AG)</b>	<b>33</b>	<b>51,6</b>
Rachianesthésie	31	48,4
Total	64	100,0

L'anesthésie générale était le type d'anesthésie le plus utilisé soit 51,6% dans notre série.

**Tableau XLI : Répartition des patientes selon la durée de l'intervention**

La durée d'intervention	Effectifs	Pourcentage %
0 à 1h	27	42,2
<b>1h à 3h</b>	<b>29</b>	<b>45,3</b>
3h à 4h	7	10,9
≥ 4h	1	1,6
Total	64	100,0

La majorité des interventions a été faite entre 1 à 3 heures soit 45,3% des cas.

**Tableau XLII : Répartition des patientes selon la réalisation de transfusion sanguine**

Transfusion	Effectif	Pourcentage %
Réalisée	8	12,5
<b>Non réalisée</b>	<b>56</b>	<b>87,5</b>
Total	64	100,0

Les besoins non couverts en transfusion sanguine ont représenté 87,5% de cas.

**Tableau XLIII : Répartition des patientes selon le pronostic fœtal**

<b>Pronostic fœtal</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Mort-né</b>	<b>16</b>	<b>25,0</b>
Vivant	48	75,0
Total	64	100,0

25 % de Mort –nés ont été enregistré.

**Tableau XLIV : Répartition des patientes selon l'APGAR à la 1<sup>ère</sup> minute**

<b>APGAR à 1mn</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
0 – 7	24	37,5
<b>7 – 10</b>	<b>40</b>	<b>62,5</b>
Total	64	100,0

Parmi les nouveau-nés 62,5% avaient un APGAR supérieur à 7 à la 1<sup>ère</sup> minute ;

**Tableau XLV : Répartition des patientes selon le transfert en réanimation**

<b>Réanimation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Oui</b>	<b>5</b>	<b>7,8</b>
Non	59	92,2
Total	64	100,0

5 patientes ont été transféré en réanimation soit 7,8% des cas.

**Tableau XLVI : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse**

<b>Grossesse à terme</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Oui	49	76,6
<b>Non</b>	<b>15</b>	<b>23,4</b>
Total	64	100,0

23,4% des grossesses n'étaient pas à terme.

**Tableau XLVII : Répartition des patientes selon le pronostic maternel**

<b>Décès maternel</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Oui</b>	<b>1</b>	<b>1,6</b>
Non	63	98,4
Total	64	100,0

Nous avons enregistré 1 cas de décès maternel soit 1,6%.

## Résultats analytiques

**Tableau XLVIII : Répartition des patientes en fonction du siège de la rupture utérine par rapport à l'intervalle inter-génésique**

Siège de la RU	Intervalle inter génésique		Total
	Court	Normal	
Siège segmentaire	12 ( %)	0 (00%)	12 (18,7%)
Siège corporel	26 (68,4%)	26 (100%)	52 (81,3%)
Total	38 (100%)	26 (100%)	64 (100%)

$Khi^2 : 10,10 ; P : 0,00$

Il existait un lien statistiquement significatif entre l'intervalle inter-génésique et le siège de la RU.

- Il y a plus de rupture utérine corporelle (68,4%) que de rupture utérine segmentaire (31,6%) chez les femmes qui avaient un intervalle inter-génésique court ( $p=0,00$ ).

**Tableau XLIX : Répartition des patientes en fonction de la variété de la présentation du sommet et du siège de la rupture utérine.**

Siège de la RU	Variétés de la présentation du sommet				Total
	Non préciser	OIGA	OIGP	OIDA	
Siège segmentaire	0 (00%)	6 (46,2%)	6 (17,7%)	0 (00%)	12 (18,7%)
Siège corporel	8 (100%)	7 (53,8%)	28 (82,3%)	9 (100%)	52 (81,3%)
Total	8 (100%)	13 (100%)	34 (100%)	9 (100%)	64 (100%)

$Khi^2 : 10,35 ; P : 0,01$

Il existait un lien statistiquement significatif entre les variétés de la présentation du sommet et le siège de la rupture utérine.

- Les patientes chez qui il y'a une présentation occipito-iliaque gauche postérieure ont présenté une rupture corporelle (82,3%) contre 17,7% de rupture utérine segmentaire ( $p=0,01$ ).

**Tableau L : Répartition des patientes en fonction du type de la présentation et du siège de la rupture utérine.**

Siège de la RU	Présentation			Total
	Présentation eutocique	Présentation dystocique	Présentation non précisée	
Siège segmentaire	6 (46,2%)	6 (14%)	0 (00%)	12 (18,7%)
Siège corporel	7 (53,8%)	37 (86%)	8 (100%)	52 (81,3%)
Total	13 (100%)	43 (100%)	8 (100%)	64 (100%)

$Khi^2: 8,904; P: 0,01$

Il existait un lien statistiquement significatif entre présentation et le siège de la rupture utérine.

- La présentation dystocique était de 86% dans la rupture corporel contre 14% dans la rupture segmentaire (p=0,01).

**Tableau LII : Répartition des patientes en fonction de l'utilisation d'ocytocine et du siège de la rupture utérine.**

Siège de la RU	Utilisation d'ocytociques		Total
	Oui	Non	
Siège segmentaire	12 (24%)	0 (00%)	12 (18,7%)
Siège corporel	38 (76%)	14 (100%)	52 (81,3%)
Total	50 (100%)	14 (100%)	64 (100%)

$Khi^2: 4,13; P : 0,04$

Il existait un lien statistiquement significatif entre l'utilisation d'ocytocine et le siège de la rupture utérine.

- Les patientes qui ont utilisé des ocytociques ont présenté une rupture corporel dans 100% (p=0,04).

**Tableau LIII : Répartition des patientes en fonction du type d'ocytocine et du siège de la rupture utérine.**

Siège de la RU	Produit d'ocytocine			Total
	Cytotec	Indéterminé	Syntocinon	
Siège segmentaire	1 (9%)	0 (00%)	11(28%)	12 (18,7%)
Siège corporel	10 (91%)	14 (100%)	28(72%)	52 (81,3%)
Total	11 (100%)	14 (100%)	39(100%)	64 (100%)

$Khi^2: 6,19 ; P : 0,04$

Il existait un lien statistiquement significatif entre les produits ocytociques utilisés et le siège de la rupture utérine.

- Les patientes on a utilisé le syntocinon ont représenté une rupture corporel (72%) contre (28%) dans la rupture segmentaire (p=0,04).

**Tableau LIV : Répartition des patientes en fonction du décès des nouveau-nés perpartum et du type de la rupture utérine.**

Type de la RU	mort perpartum		Total
	Oui	Non	
Rupture complète	16 (100%)	47(97,9%)	63 (98,4%)
Rupture segmentaire	0 (00%)	1(1%)	1(1,6%)
Total	16 (100%)	48(100%)	64 (100%)

$Khi^2: 4, 40; P: 0, 03$

Il existait un lien statistiquement significatif entre la mort perpartum et le type de la rupture utérine.

Tous les cas de mort-né ont été retrouvé chez les patientes qui ont présenté une rupture utérine complète (p=0,03).

**Tableau LV : Répartition des patientes en fonction du décès maternel et du type de la rupture utérine.**

Type de la rupture utérine	Décès maternel		Total
	Oui	Non	
	n (%)	n (%)	n (%)
Rupture complète	1 (100%)	62 (98,4%)	63 (98,4%)
Rupture sous séreuse	0 (00%)	1 (1,6%)	1 (1,6%)
Total	1 (100%)	63 (100%)	64 (100%)

$Khi^2$ : 0,016;  $P$ : 0,899

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre du décès maternel et le type de la rupture utérine.

Le décès maternel enregistré était un cas de rupture utérine complète (100%).

**Tableau LVI : Répartition des patientes en fonction du décès maternel et le siège de la rupture utérine.**

Type de la rupture utérine	Décès maternel		Total
	Oui	Non	
	n (%)	n (%)	n (%)
Segmentaire	1 (100)	11 (17,5)	13 (20)
Corporéal antérieur	0 (00)	11 (17,5)	11 (17)
Corporéal postérieur	0 (00)	8 (12,7)	8 (12,4)
Latéral droit	0 (00)	8 (12,7)	8 (12,4)
Latéral gauche	0 (00)	7 (11,1)	7 (11)
Fundique	0 (00)	11 (17,5)	11 (17)
Deux sièges ou plus	0 (00)	7 (11)	7 (11)
Total	1 (100)	63(100)	64 (100)

*Khi*<sup>2</sup>: 4,4; P: 0,622

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre le décès maternel et le siège de la rupture utérine.

Le décès maternel enregistré était un cas de rupture utérine segmentaire (100%).

## V. Commentaires et discussion

### 5.1. Fréquence

Intervention dite de nécessité, par opposition à l'hystérectomie d'opportunité, l'hystérectomie d'urgence en obstétrique est souvent le dernier recours de l'obstétricien, particulièrement dans les pays en développement [14]. La fréquence de cette intervention est de 0,4% des accouchements dans notre service, soit une hystérectomie pour 250 accouchements.

Ces résultats sont comparables à ceux de Diabaté [9] qui a trouvé une fréquence qui était de 0,58% soit une hystérectomie pour 171 accouchements et de Sidibé [15] dans son étude sur les hystérectomies d'urgences au CHU du Point G en 2011 où la fréquence des hystérectomies était de 0,51 % soit une hystérectomie pour 195 accouchements.

Cette fréquence semble être plus élevée que celle des pays développés ; en Occident Racinet et al. [14], l'évaluent entre 0,013% et 0,72%. De 1983 à 1991, Zelop a trouvé une fréquence de 0,1% soit 1/645 accouchements à Boston [16].

En Afrique, les fréquences rapportées varient considérablement d'un pays à l'autre. Elle est de 0,53% pour Muteganga et al. [4] au Burundi, de 0,45% pour Diouf et al. [7] au Sénégal et de 0,11% pour Ozumba et al. [17] au Nigeria.

Notre fréquence élevée par rapport à celle de certains auteurs trouve une explication basée sur la fréquence élevée des ruptures utérines dans notre pays d'une part, et au fonctionnement du service de gynécologie obstétrique du CHU du point G comme un centre de dernière référence des cas à haut risque.

### 5.2. Données sociodémographiques

#### a. Age :

La tranche d'âge de 30 à 34 était la plus touchée avec une fréquence de 25% ; l'âge moyen était de  $27 \pm 7,4$ ans avec de extrêmes de 15 et 44ans.

Sidibé [15] a retrouvé un âge moyen de 30 ans, Diakité K M [18] et Kouma A. [8] ont trouvé dans leur étude une tranche d'âge de 31 à 40 ans dans respectivement 26,3% et 32,4% des cas.

Cette tranche d'âge constitue habituellement la période de gestité maximale dans nos pays.

#### **b. Statut socioprofessionnel :**

Les non scolarisées ont représenté 32,8% dans notre étude et c'est dans ce groupe que l'on retrouve beaucoup de grandes multipares et de ménagères (71,9%), avec des intervalles inter génésiques très courts, donc n'utilisant aucune méthode contraceptive.

Chez Diabaté [9] et Sidibé, ces chiffres étaient voisins de 93,2% et 94,4% d'analphabètes.

Diakité K M [18] a enregistré 83,8% des femmes mariées et 78,4% non scolarisées.

Selon l'enquête démographique et de santé 4 du Mali, près de huit femmes sur dix (78 %) n'a jamais fréquenté l'école ou un centre d'alphabétisation, et la prévalence contraceptive n'est que de 6% [19].

Au Bangladesh, au Kenya et au Mexique, les femmes ayant fait des études secondaires ont 4 fois plus de chance de recourir à la contraception que celles qui ne sont pas instruites [20, 21].

### **5.3. Facteurs de risque**

#### **a. Les moyens de transport :**

A l'instar des autres urgences obstétricales, le système de référence évacuation est aussi inefficace et mal organisé ici (caractère tardif des prises de décision de

référence, absence de moyens de transport adéquat) [22 ;23], dans notre série 89,1% de ces moyens de transport étaient non médicalisés.

#### **b. Caractéristiques de la référence :**

Dans notre étude les patientes référées ont représenté 64,1% . Ce qui peut s'expliquer par le fait que notre étude a concerné les cas d'hystérectomie d'urgence.

#### **c. La consultation prénatale.**

Les patientes qui avaient effectué la CPN soit 84,4% des cas, elle n'était pas de qualité dans 56,2%.

La mauvaise qualité des consultations prénatales telles qu'elles sont pratiquées actuellement dans leur grande majorité peut être aussi considérée comme un facteur de risque.

#### **d. La parité**

Dans notre étude les grandes multipares représentaient 37,5% des cas. Sissoko.S [24] et de Mulbah [25] ont retrouvé respectivement 69% et 60,61% des cas.

Le rôle délétère de la multiparité a été noté par certains auteurs [27 ;28]. Elle fragilise le myomètre, favorisant les ruptures et l'inertie utérines. Les antécédents de cicatrice utérine sont fréquemment retrouvés en occident comme facteur de risque majeur. [14]. Nous avons noté **3,1%** des cas d'ATCD de rupture utérine.

#### **e. Antécédents chirurgicaux :**

Dans notre série les patientes sans antécédent chirurgical étaient de 57,8%.

Dans d'autres études comme celle ; Kouma A. [8] ; et de Mulbah [8], les ATCD chirurgicaux ont représenté respectivement ; 83,8% et 93,94% des cas.

Les antécédents de chirurgie pelvienne peuvent être déterminants dans le choix de ce type d'intervention.

#### **f. Motif de consultation :**

La césarienne itérative était le principal motif de référence soit 20,3% des cas suivi des métrorragies dans 14,1% des cas.

Kouma A. [8] a trouvé un taux de 16,1% de césarienne itérative et Diakité K M [18] a retrouvé la métrorragie comme principal motif de consultation dans 32,4% des cas ;

#### **5.4. Causes**

##### **a. Ocytociques :**

L'utilisation d'ocytociques a été retrouvée dans 78,1% et n'était pas correcte dans 72% des cas.

Lorsque les ocytociques sont utilisés de façon adéquate, le risque de rupture diminue [14].

Par contre si ces médicaments sont confiés à des mains inexpérimentées, la fréquence des ruptures utérines augmente de façon exponentielle [23 ;29].

La rupture utérine est l'indication dans les pays à système sanitaire désorganisé où n'importe quelle catégorie de personnel peut soit prescrire et administrer du misoprostole, des ocytociques pour la gestion du travail d'accouchement, soit procéder à des accouchements à domicile. Comme le cas de notre pays.

##### **b. Diagnostic :**

Dans notre série toutes les patientes avaient présenté une rupture utérine et elle était complète dans 98,4% des cas et segmentaire dans 81,3% des cas.

Plusieurs séries africaines ont rapporté des taux variables d'hystérectomie pour rupture utérine, au Cameroun ce taux a été de 81% au CHU de Yaoundé de 1983 à 1998 [6] ; Ozumba a trouvé 71% au Nigeria. [17]

## **5.5. Prise en charge**

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

Une étude portant sur le type d'hystérectomie approprié pendant la grossesse et la période puerpérale conduite au Brésil de 1978 à 1989, a conclu que dans les conditions idéales, il n'y a pas de différence significative entre l'hystérectomie totale et subtotale.

Nous avons réalisé une hystérectomie d'hémostase chez toutes nos patientes et elle était totale dans 56,3% des cas.

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. Idéalement l'hystérectomie totale reste la solution de sagesse afin d'éviter les difficultés de surveillance du moignon cervical restant.

### **b. Traitement médical :**

Une antibiothérapie systématique per et post opératoire, une thérapie martiale, un antalgique ont été administré chez chaque patiente. Les patientes à risque ont bénéficié d'un anticoagulant pour prévenir une éventuelle maladie thromboembolique.

### **c. Qualification de l'opérateur :**

71,9% des patientes ont été opéré par les gynécologues et l'anesthésie générale était le type d'anesthésie utilisé dans 51,6% des cas notre série.

Les interventions ont duré en moyenne entre 1 à 3 heure dans 45,3% des cas.

L'anesthésie a été fait par des techniciens supérieurs dans 93,8%.

### **d. Transfusion :**

12,5% des patientes ont été transfusées. Ce taux est inférieur à ceux de Diakité K M [18] et Niarga M [26] soit respectivement 72,97% et 84,9% par du sang total.

## 5.6. Suites

### a. Décès maternel :

Nous déplorons 1 cas de décès maternel soit 1,6%. Diabaté [9] au Mali a trouvé un taux de 9,1% ; LAH B [31] a trouvé deux cas de décès soit une fréquence de 2,2% des décès maternels liés à la rupture utérine. Le taux de décès varie entre 0,8% et 16% dans la littérature. [32]

Zelop sur 117 cas à Boston aux Etat unis et Gardeil à Dublin n'ont eu aucun décès maternel [30].

### b. Pronostic fœtal

Nous avons enregistré 16 cas de mort-né soit 25 %.

La mortalité fœtale est très élevée dans les études de Sidibé [15] (88,9%) et aussi dans la série de Diabaté au CHU Gabriel Toure [9] (80,5%) ; Muteganya D et al au Burundi [4] (55,5%) ; Dongmo et collaborateurs à Yaoundé [6] (80%).

Elle témoigne de l'étiologie qui est dans la majorité des cas une rupture utérine souvent complète, avec décollement placentaire.

Parmi les nouveau-né é 62,5% avaient un APGAR supérieur à 7 à la 1<sup>ère</sup> minute ; 5 patientes ont été transférées réanimation soit 7,8% des cas et 23,4% de nouveau-né étaient des prématurés.

## CONCLUSION

L'hystérectomie pose dans notre pays des problèmes d'ordre socio culturel à cause de la stérilité définitive qu'elle entraîne. Elle est l'une des interventions chirurgicales fréquentes dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du Point soit 0,4% des accouchements.

Elle est le plus souvent indiquée pour sauver la vie de la patiente ou résoudre une pathologie dont la solution est chirurgicale. Cependant certaines hystérectomies peuvent être évitées de façon préventive surtout les hystérectomies d'urgence notamment par un suivi prénatal de qualité et une prise en charge de l'accouchement selon les normes.

## **RECOMMANDATIONS :**

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

### **Aux Autorités politiques et sanitaires :**

- Renforcement du plateau technique et des ressources humaines
- La formation continue du personnel soignant ;
- Assurer l'information, l'éducation pour le changement du comportement

### **Aux personnels de santé :**

- Informer, éduquer les populations pour le dépistage et la prise en charge précoce des lésions précancéreuses ;
- Surveiller correctement le travail d'accouchement ;
- Faire l'antibioprophylaxie afin de réduire le risque infectieux des patientes ayant subi une hystérectomie.

### **Aux femmes :**

- Consultation gynécologique régulière pour toute femme en activité génitale.
- Fréquenter des centres de santé pour la pratique de consultations prénatales répondant aux normes.
- Accoucher dans un milieu médical.

## Références bibliographiques

1. Khan KS et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet 2006 Apr 1 ;367(9516) :1066-74.
2. Épidémiologie des morts maternelles en France 2001-2006. Epidémiologie hebdomadaire institut de veille sanitaire, thématique : la mortalité maternelle en France : bilan 2001-2006, 19/01/2010.
3. 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.Paris: SIMEP; 1994
4. 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
5. Mayi-Tsonga S, Pither S. Service de gynécologie-obstétrique, Centre hospitalier de Libreville, BP 2758 Libreville, Gabon, L'hystérectomie obstétricale d'urgence À propos de 58 cas au Centre hospitalier de Libreville.
6. Dongmo R1, Kouam L2, Doh AS2, Ngassa P2, Wamba Temgoua M2 Hystérectomie obstétricale d'urgence : à propos de 31 cas au CHU de Yaoundé disponible sur [http :  
www.gfmer.ch/Activites\\_internationales\\_Fr/Hysterectomie\\_obstetricale\\_urgence.htm](http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/Hysterectomie_obstetricale_urgence.htm) visité le (25/12/2019).
7. Diouf A. et collaborateurs L'hystérectomie obstétricale d'urgence Contraception fertilité sexualité 1998. 26 (2) 167-172
8. Kouma A. Les hystérectomies dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital National du Point G à propos de 315 cas Thèse Med. Bamako de 1985 – 1990 N° 98,84p
9. Diabaté A. Hystérectomies d'urgence au CHU Gabriel. Toure Thèse Med. Bamako 2008-2009.
10. Lansacs, G. Body, G. Magnin La pratique chirurgicale en gynécologie-Obstétricale. Masson ; PARIS 1998. Page 23 à 48; 227 à 242.

11. Lansac J. Lecomte P. Gynécologie pour le praticien 3<sup>ème</sup> Edition. Novembre 1988, page 13 à 42.
12. Lansacs/ Plecomte Gynécologie pour le praticien, 4<sup>ème</sup> Edition. Mars 1994, page 14 à 56.
13. Merger R. Levy Z. Melchior S. Intervention par voie haute: Césarienne et hystérectomie. Précis d'obstétrique. Masson 1979-618-27 .
14. Racinet C, Berthet J, Henry YS, Allouch JM. Hystérectomie sur utérus gravide. Encycl. Méd. Chir Tech Chir Urologie-Gynécologie 41905 1991 ; 10 p
15. SIDIBE A : Hystérectomies obstétricales d'urgence au service de gynécologie-obstétrique du CHU du Point G. Thèse Méd. 2011
16. Zelop CM, Harlow BL, Frigoletto FD, Safon L E, Saltzman DI-f. Emergency peripartum hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1993; 168:1443-8.
17. Ozumba BC., Mbagwu M.D., Emergency obstetric hysterectomy in Eastern Nigeria. *Int Surg* 1991 ; 76 : 109-11.
18. DIAKITE M K. Les hystérectomies au service de gynéco-obstétrique à l'hôpital régional F. Daou de Kayes. A propos de 37 cas. Thèse Med. Bamako 2011. N°251
19. Enquête Démographique et de Santé. EDSM-IV, Mali; 2006.
20. Rivière M. Mortalité maternelle au cours de l'état gravido-puépérale, avortement excepté. Introduction générale. Rev. Franç. Gynecol. Obstét. 1959 ; 11 : 141-3.
21. Rosenfield A., Maine D. Maternal mortality. A Neglected Tragedy. The Lancet 1985; 13 :83-5.
22. Cissé CT, Faye EO, DE Bernis L., Diadiou F. Rupture utérine au Sénégal épidémiologie et prise en charge. Médecine Tropicale. 2002. 62-6. 619

23. Goldman GA, Kaplan B, Peled Y, Rabinerson D, Nitzan Z, Neri A. Vaginal delivery following caesarian section. The use of oxytocin and prostaglandine. *J. Obstet Gynaecol* 1998; 18(4):328-30.
24. Sissoko S. Les hystérectomies vaginales dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital du Poing G. à propos de 58 cas Thèse Med. Bamako 2001-2002, N°15.
25. Mulbah J. Place d hystérectomies vaginale dans le service de gynéco obstétriques de L'hôpital Gabriel Toure ; Thèse Med. Bamako 2002. 2004°
26. Niarga M. Les hystérectomies d'urgence au service de gynéco-obstétrique au CHU du Point G à propos de 53 cas. Thèse Med. Bamako 2009. n° 15-80
27. Sostène MT, Serge, Isabelle NI, Marie TN, Noel O. l'hystérectomie obstétricale d'urgence à propos de 58 cas au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. *Cahier d'étude et de recherche francophone/Santé*. Vol 14, N°2, 89-92, Avril-Juin 2004.
28. Ferchiou M, Zhioua F, Hasnaoui M, Sghaier S, Edoui JA, Meriah S. L'hystérectomie en période gravido-puerpérale. *Rev Fr Gynecol Obstét* 1996 ; 91 : 233-6
29. Azem F, Jaffa A, Lessing JB, Peyser MR. Uterine rupture with the use of a low-dose vaginal PGE2 tablet. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993 May; 72(4):316-7.
30. Gardeil F, Daly S, Turner MJ. Hystérectomie per-partum : à propos de 11 cas. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1995; 90(10):431-4.
31. Boubacar LAH. Les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire « MERE-ENFANT » le Luxembourg. Thèse Méd. 2018 N°66
32. Thonet RGN. Obstetric hysterectomy. An 11years experience. *BrJ Obstet Gynecol*. 1986 ; 93 : 794-8 ;

## Annexes :

### Fiche signalétique

**Nom :** AKPA

**Prénom :** Affissatou

**Section :** Médecine

**Titre :** Hystérectomie d'hémostase dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G

**Année :** 2018-2019

**Pays :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et Odontostomatologie

**E-mail :** [affissanath2013@gmail.com](mailto:affissanath2013@gmail.com)

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie, Anesthésie-Réanimation,

**Résumé :**

#### Introduction

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). L'étude visait d'étudier l'hystérectomie d'hémostase dans le service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point G.

#### Patients et méthode

L'étude était rétrospective, descriptive évaluant les hystérectomies d'hémostase dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU du Point G. Les patientes incluses dans l'étude étaient prises en charge entre le 01 Janvier 2007 et le 31 Décembre 2016 (10 ans). La saisie et l'analyse des données ont été effectués avec le logiciel SPSS version 20.0. Le test de Chi 2 a été utilisé avec un seuil de signification P : 0,05 et celui de Fisher pour les effectifs inférieurs à 5.

#### Résultats

64 patientes ont été colligé, soit 0,4% des accouchements. L'âge moyen était de  $27,8 \pm 7,4$  ans avec des extrêmes de 15 et 44 ans, la non scolarisation a été retrouvé dans 32,8% des cas. Les patientes référées à froid représentaient 64,1% des cas.

La césarienne itérative était de 20,3% comme le motif de référence ; 37,5% des patientes étaient des grandes multipares. L'utilisation d'ocytocique était non correcte dans 72% des cas. La rupture utérine était corporel dans 81,3% des cas et une hystérectomie totale a été réalisée chez 56,3% des patientes.

La mortalité fœtale représentait 25 % soit 16 décès contre 1 cas de décès maternel soit 1,6%.

#### Conclusion

L'hystérectomie pose un problème de santé publique dans notre pays, elle est le plus souvent indiquée pour sauver la vie de la patiente ou résoudre une pathologie dont la solution est chirurgicale.

**Mots clés :** Hystérectomie, hémorragie, rupture utérine.

## Fiche d'enquête

### I. Identification

Q1 N° d'ordre.....

Q2 Date d'entrée : /..... /..... /

Q3 Heure : ...H.....

Q4 Nom et Prénom : .....

### II. Caractéristiques sociodémographiques :

Q5 Age /\_\_\_/

1: < 20 ans      2: 20- 39 ans      3: 40- 59 ans

Q6 Ethnie /\_\_\_\_/

1: Bambara ;      2 : Malinké ;      3: Peulh ;      4: Sénoufo ;      5 :  
Bobo ;

6: Maure ;      7 : Sarakolé ;      8 : Dogon ;      9: Autre :.....

Q7 Provenance : /\_\_\_\_/      1 : Bamako      ;      2 : Hors  
Bamako

Q8 Statut matrimonial: /\_\_\_\_/

1 : Mariée polygame ;      2 : Mariée monogame ;      3 : Divorcée ; 4 :  
Célibataire ;      4: Veuve

Q9 Profession /\_\_\_\_/      1 : Ménagère      ;      2 : Commerçante      ;

3 : Elève/Etudiante ;      4 : Salariée ;      5 : Sans profession      6 :  
Autre à préciser

Q10 Niveau d'instruction : /\_\_\_\_/      1 : Analphabète      ;      2 : Primaire      ; 3 :  
Secondaire      ; 4 : Supérieur ;

5 : Autre à préciser :.....

Q11 Procréateur/ : 1 : Age /\_\_\_/ /\_\_\_/ ; 2 : Adresse ... ; 3 : Profession ... ;  
4 : Niveau d'instruction ...

### III. Admission :

Q12 Mode d'admission /\_\_\_\_/      1 : Référée      ;      2 : Evacuée      ;      3 :  
Venue d'elle même

Q13 Motifs d'admission : .....

### IV. Antécédents :

Q14 Personnels :

1) Médicaux : /\_\_\_\_/

a : HTA      ;      b : Drépanocytose      ;      c: Asthme      ;      d : Diabète  
e: Aucun      ;      f: Si autre à préciser : .....

2) Familiaux : /\_\_\_\_/

a : Gémellité      ;      b : Drépanocytose      ;      c : HTA      ;      d : Autre  
e : Diabète      ;      f : Aucun      ;      g : Si autre à préciser : .....

**Q15** Chirurgicaux : /\_\_\_\_\_/ 1 : Césarienne ; 2 : Myomectomie; 3 :

Salpingectomie

4 : Kystectomie ; 5 : Appendicectomie ; 6 : Cure vésico-  
vaginale ; 7 : Plastie tubaire ; 8 : Cure recto-vaginale ; 9 :

Autre :..... ; 10 : Aucun :.....

**Q16** Gynécologiques : /\_\_\_\_\_/

1 : Ménarche ; 2 : Cycle ; 3 : Durée ; 4 : Dysménorrhée ; 5 : Dysurie ;  
6 : Dyspareunie ; 7 : Leucorrhée ; 8 : Contraception ; 9 : Prurit

**Q17** Obstétricaux : /\_\_\_\_\_/

1-Gestité

2-Parité /...../ 3-Avortement /.../ 4- Mort-né

5- Décédé 6-Vivant 7-Mort-né(s)

#### V. Suivi de la grossesse :

**Q18** CPN réalisée /-----/ 1. Oui 2. Non

**Q19** Nombre de CPN /-----/ 1. Oui 2. Non

**Q20** Lieu de CPN /-----/ 1. Oui 2. Non

**Q21** Auteur de CPN /-----/ 1. Oui 2. Non

**Q22** BPN /-----/ 1. Oui 2. Non

#### I. Données cliniques

1 : Examen général

**Q23** TA (en mm Hg)

**Q24** Température (en degré Celsius)

**Q25** Fréquence respiratoire (en cycle / mn)

**Q26** Pouls (en pulsation / mn)

**Q27** Poids (en kg)

**Q28** Taille (en m)

**Q29** Etat général : /\_\_\_\_\_/ a : Bon ; b : Passable ; c : Mauvais  
; d : Altérée

**Q30** Conscience : /\_\_\_\_\_/ a : Lucide ; b : Obnubilée ;  
c : Coma

**Q31** Muqueuses : /\_\_\_\_\_/ a : Bien colorées ; b : Moyennement colorées ; c :  
Pâles ; d : Ictériques

**Q32** Présence d'œdème : /\_\_\_\_\_/ a : Oui ; b : Non

2 : Examen obstétrical :

**Q33** Présence de cicatrice : /\_\_\_\_\_/ a: Oui ; b: Non

**Q34** Axe de l'utérus : /\_\_\_\_\_/ 1 : Longitudinale ; 2 : Transversale ;  
3: Oblique

**Q35** HU : /\_\_\_\_\_/ 1 : <36cm ; 2 ≥ 36cm ;

**Q36** CU : /\_\_\_\_\_/ 1 : Oui ; 2 : Non

## II. Déroulement de l'accouchement :

1 : Accouchement par voie basse / \_\_\_\_ / .....

**Q37** Nombre d'enfant : / \_\_\_\_ / a : 1 enfant ; b : 2 enfants ; c : > 2 enfants

**Q38** Etat du nouveau-né / \_\_\_\_ / a : Vivant ; b : Réanimé ; c : Décédé ; d : Apgar à 1 mn ; à 5 mn

2 : Accouchement par voie haute ou césarienne / \_\_\_\_ / a : Laparotomie pour rupture b : Césarienne pour utérus cicatriciel c : Césarienne pour placenta prævia d : Césarienne pour présentation vicieuse e : Césarienne pour macrosomie

**Q39** Nombre d'enfant : / \_\_\_\_ /  
a : 1 enfant ; b : 2 enfants ; c : > 2 enfants

**Q40** Etat du nouveau-né / \_\_\_\_ / a : Vivant ; b : Réanimé ; c : Décédé ; d : Apgar à 1 mn ; à 5 mn

3 : Auteur / \_\_\_\_ / a : Sage-femme ; b : Infirmière ; c : Médecin Gynéco-Obstétricien ;

d : Matrone ; e : Elève infirmière ; f : Elève sage-femme ; g : DES ; h : Si autre à préciser.....

**Q41** Type de délivrance... / \_\_\_\_ /

1 : Artificielle ; 2 : Spontanée ; 3 : Active ;  
4 : Rétention placentaire partielle ; 5 : Rétention placentaire totale

## III. Prise en charge

### 1 : Médicale

**Q42** Antibiothérapie : / \_\_\_\_ / 1 : Oui, 2 : Non

**Q43** Antibiotique à préciser.....

**Q44** Héparinothérapie (anticoagulant) / \_\_\_\_ / 1 : Oui, 2 : Non

**Q45** Héparine à préciser.....

**Q46** Transfusion sanguine..... / \_\_\_\_ / 1 : Oui, 2 : Non

**Q47** Si transfusion préciser le nombre d'unité.....

### 2 : Chirurgicale

**Q48** Type d'hystérectomie / \_\_\_\_ / 1 : Hystérectomie subtotale interannexielle 2 : Hystérectomie totale interannexielle

3 : Hystérectomie subtotale avec annexectomie

4 : Hystérectomie totale avec annexectomie

**Q49** Qualification de l'opérateur / \_\_\_\_ / 1 : Gynéco obstétricien, 2 : Médecin généraliste,

3 : Chirurgien, 4 : CES, 5 : Interne

**Q50** Qualification de l'anesthésiste.../\_\_\_\_\_/ 1 : infirmier anesthésiste /  
Assistant médical,  
2 : Médecin anesthésiste réanimateur 3 : DES

#### **IV. Indication de l'hystérectomie ?**

**Q51** Indication de l'hystérectomie :/\_\_\_\_\_/

- 1 : Hémorragie par rétention placentaire (Acreta ou Percreta increta) ;  
2 : Hémorragie par rupture utérine ;  
8 : Hémorragie par atonie utérine ;  
9 : Autre à préciser : .....

#### **V. Evolution**

**Q52** Transfert en réanimation /\_\_\_\_\_/

- 1 : Oui, 2 : Non

**Q53** Si transfert en réa préciser le nombre de jour /\_\_\_\_\_/

- 1 : 3jours 2 : 3 – 5jours 3 : > 5jours

**Q54** Suites : /\_\_\_\_\_/ 1 : simples ; 2 : compliquées

**Q55** Complications per opératoires : .../\_\_\_\_\_/

- 1 : Hémorragie, 2 : Plaie vésicale, 3 : Section urétérale,  
4 : Ligature urétérale, 5 : Plaie digestive, 6 : Autre : .....

**Q56** Complications post opératoires: /\_\_\_\_\_/

- 1 : Suppuration pariétale, 2 : Endométrite, 3 : Péritonite,  
4 : Septicémie, 5 : Thrombophlébite, 6 : Infection Urinaire,  
7 : Anurie, 8 : Occlusion, 9 :  
Autre : .....

**Q57 Pronostic** : /\_\_\_\_\_/ ?

- 1 : Maternel a : Vivante ; b : Décédée  
2 : Fœtal a : Vivant ; b : Décédé

**Q58** Durée d'hospitalisation/\_\_\_\_\_/

1. < 3 jours 2. 3 à 5 jours 3. > 5 jours

**Q59** Etat à la sortie /\_\_\_\_\_/

1. Bon 2. Mauvais 3. Décédée

**Q60** Répercussion psychologique /\_\_\_\_\_/

1. Satisfaite 2. Désir de grossesse 3. Inconfort 4. Aucun

**Q61** Vécu sexuel /\_\_\_\_\_/

1. Satisfaite 2. Répercussion sur la vie sexuelle 3. Inconnu

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes.

Je ne permettrai que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine et dès la conception.

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

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !