

**PREVALENCE ET CONSEQUENCES DES HYSTERECTOMIES A LA
MATERNITE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU
DISTRICT DE BAMAKO**

**PREVALENCE AND CONSEQUENCES OF THE HYSTERECTOMIES TO THE
MOTHERHOOD OF THE CENTER OF HEALTH OF REFERENCE OF THE
COMMON VI OF THE DISTRICT OF BAMAKO**

KEITA MAMADOU¹, SAMAKE ALOU¹, HAIDARA DRAMANE¹, MAMADOU
DIALLO², GORO MOUSSA¹, DIAKITE IBRAHIM KALIL², DIASSANA MAMA¹,
DIASSANA BOUBACAR¹, MINKAÏLOU DIALLO³, ALIOU BAGAYOKO¹,
SAOUDATOU TALL⁵, AMINATA CISSE¹, CHEICK BOUGADARI TRAORE^{4,6}

¹ Service de Gynéco-Obstétrique : Centre de Santé de Référence de la Commune VI

² Service de Chirurgie Générale : Centre de Santé de Référence de la Commune VI

³ Service d'Anesthésie Réanimation : Centre de Santé de Référence de la Commune VI

⁴ Faculté de médecine et d'odontostomatologie, Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako.

⁵ Service de Gynéco-Obstétrique : Centre de Santé de Référence de la Commune V

⁶ Professeur Titulaire Service d'Anatomie cytologie pathologiques du CHU Point G

Auteur correspondant : Dr KEITA Mamadou Gynécologue Obstétricien CSREF CVI

Tel : (223) 66720546 E-mail : madoukeit@yahoo.fr

RESUME

But : Evaluer la prévalence, et les conséquences des hystérectomies au centre de santé de référence de la Commune VI du District de Bamako. Patientes et méthode : Nous avons réalisé une étude mixte rétrospective sur 11 ans (Janvier 2004-décembre 2015) et prospective pour 18 mois (janvier 2016-juin 2017), de type descriptif, a été réalisée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI, portant sur 278 cas d'hystérectomies. Résultats : L'étude a concerné **278 cas d'hystérectomies qui ont été réalisées dans le service de gynécologie et d'obstétrique** du centre de santé de référence de la commune VI. La prévalence globale de l'hystérectomie a été estimée à 2,54%, les principales indications étaient la myomatose utérine (42, 8 %), la voie abdominale était la plus utilisée (69,7%), l'hystérectomie obstétricale était de 28%, l'annexectomie a été le geste le plus associé (80,2%). Les complications

per-opératoires étaient dominées par l'hémorragie (6,11%). Les complications postopératoires étaient dominées par l'anémie (7,5%). Les conséquences de l'hystérectomie sur la qualité de vie étaient : une baisse du désir sexuel (34,17%), bouffée de chaleur (30,9%), sècheresse vaginale (24,8%), dyspareunie profonde (5,7%), un rétrécissement et/ou un raccourcissement du vagin (3,9%). Conclusion : Notre étude a trouvé une prévalence élevée de l'hystérectomie en période gravidopuerpérale, les impacts de l'hystérectomie sur la qualité de vie sont réels. L'organisation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, la préparation préopératoire, peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie des patientes.

Mots clés : Hystérectomie, conséquence, prévention centre de santé de référence commune VI, Bamako (Mali)

SUMMARY

Goal: To value the prevalence, and the consequences of the hysterectomy in the center of health of reference of the Commune VI of the District of Bamako. Patient and method: We had achieved a retrospective mixed survey on 11 years (January 2004, December 2015) and forecasting for 18 months (January 2016, June 2017), of descriptive type, has been achieved in the service of gynecology and obstetrics of the center of health of reference of the common VI, on 278 cases of hysterectomy. Results: The survey concerned 278 cases of hysterectomy that has been achieved in the service of gynecology and obstetrics of the center of health of reference of the common VI. The global prevalence of the hysterectomy has been estimated to 2, 54%, the main indications were the uterine myomatose (42,8%), the abdominal way was the more used (69, 7%), the obstetric hysterectomy was of 28%, the annexectomy was the most

associate gesture (80, 2%). The complications was dominated by bleeding preoperative the hemorrhage (6, 11%). The post-operative complications were dominated by anemia (7, 5%). The consequences of the hysterectomy on the quality of life were: a decrease of the sexual desire (34, 17%), hot flust (30, 9%), vaginal dryness (24, 8%), deep dyspareunie (5, 7%), a shrinkage and/or a shortening of the vagina (3, 9%). Conclusion: our survey found a high prevalence of the hysterectomy in gravidopuerperale period; the impacts of the hysterectomy on the quality of life are real. The organization of emergency obstetric cares and neonatal of emergency, the preoperative preparation, can contribute to improve the quality of life of the patients.

Key words: Hysterectomy, consequence, prevention centers health of reference common VI, Bamako (Mali)

INTRODUCTION

L'hystérectomie est l'une des interventions la plus pratiquée en chirurgie gynécologique, environ 1 femme sur 3 subira une hystérectomie durant sa vie, quelle qu'en soit la cause [1]. Un grand nombre de facteurs non médicaux influencent les taux d'hystérectomie, comme l'origine géographique, culturelle et ethnique de la patiente, mais aussi la religion ou le sexe du chirurgien gynécologue qui pratique cette intervention [2].

Malgré d'énormes progrès technologiques et le développement de techniques alternatives, le taux d'hystérectomie diminue peu au fil du temps [3].

En effet en France, elle est l'intervention la plus fréquente de la région abdomino-pelvienne, après la césarienne, avec environ 72.000 femmes opérées chaque année [4]. En Angleterre, 100.000

hystérectomies sont réalisées chaque année [5]. Aux Etats-Unis, il a été réalisé 602.500 hystérectomies en 2003, soit 5,38/1000 femmes années [6].

Notre pays le Mali, ne fournit pas assez de données, en la matière, cependant une étude a été réalisée en 2011 au CHU du Point G a trouvé une fréquence de 1,33% par rapport aux interventions réalisées en urgence [7]. Dans la même année une autre étude cette fois ci réalisée à L'Hôpital régional de Kayes en 2011 a donné 37 cas d'hystérectomie sur 596 interventions chirurgicales gynécologiques soit une fréquence de 6,20% ; 7 hystérectomies sur 3820 accouchements soit une fréquence de 0,18% [8].

Dans notre contexte la procréation est d'une grande importance, l'aménorrhée et l'infertilité post-hystérectomie peuvent être à l'origine de réels problèmes psycho-

sociaux. Si plusieurs études ont été réalisées de par le monde sur les impacts physiques et psycho-sociaux de l'hystérectomie, ce n'est pas le cas au Mali où l'on constate un manque d'études sur la question.

Le centre de santé de référence est situé dans la commune VI la plus vaste du district de Bamako, et accueille des parturientes évacuées de plusieurs quartiers périurbains.

Ces raisons ont suscité en nous l'intérêt de mener la présente étude qui avait pour objectif de déterminer la fréquence des hystérectomies dans notre structure et évaluer ses impacts tant au plan physique, psychique que social.

PATIENTES ET METHODES

Nous avons réalisé une étude mixte rétrospective sur 11 ans (Janvier 2004-décembre 2015) et prospective pour 18 mois (janvier 2016-juin 2017), de type descriptif, portant sur les cas d'hystérectomies réalisés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI.

Centre de première référence selon l'organisation de la pyramide sanitaire du Mali, le centre de référence est situé dans la commune la plus vaste de Bamako et accueille des parturientes venant de plusieurs quartiers périurbains. Une partie des données a été recueillie à partir du dossier médical, une autre partie lors d'entretiens directs au cours desquels, les patientes répondaient à un questionnaire qui leur était soumis avec leur accord préalable.

Les principales variables étudiées étaient relatives à la prévalence, aux caractéristiques sociodémographiques (âge, ethnie, niveau d'instruction, niveau socio-économique), les antécédents, les modalités et le vécu de l'hystérectomie. Ce vécu était déterminé par les conséquences physiques et psycho-sociales ressenties après l'intervention.

Les données ont été saisies et analysées en utilisant le logiciel SPSS version 2.0.

RESULTATS

L'étude a concerné **278 cas d'hystérectomies** qui ont été réalisées sur 10910 interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales. La prévalence globale de l'hystérectomie a été estimée à 2,54%.

L'âge moyen de nos patientes était de 44,5 ans avec des extrêmes de 19 et 70 ans. La parité moyenne était de 7 (extrêmes : 0 et 13) ; les nullipares représentaient 3,2% de l'échantillon. Les indications opératoires étaient dominées par les lésions bénignes avec, au premier plan, la myomatose utérine (42,8%). Les hystérectomies obstétricales d'urgence représentaient 28% des indications. L'hystérectomie était réalisée par voie abdominale dans 69,7% des cas et par voie vaginale dans 30,2% des cas. L'hystérectomie totale a été réalisée dans 71,9% des cas, associée à une annexectomie dans 80%). Les complications peropératoires étaient dominées par l'hémorragie (6,11 %). Les complications postopératoires étaient dominées par l'anémie (7,5%). Les conséquences de l'hystérectomie sur la qualité de vie étaient : une baisse du désir sexuel (34,17%), bouffée de chaleur (30,9%), sècheresse vaginale (24,8%), dyspareunie profonde (5,7%), un rétrécissement et/ou un raccourcissement du vagin (3,9%).

Des conséquences psycho-sociales ont été retrouvées telles que baisse de la confiance en soi par l'atteinte du symbole de l'identité féminine traduite l'absence des règles chez 31,4% des patientes. Chez 33,4% une baisse de leurs performances professionnelles ou ménagères a été ressentie.

Nous avons enregistré deux décès en postopératoire soit une létalité de 0,7%

DISCUSSIONS

Nous avons effectué une étude mixte rétrospective sur 11 ans (Janvier 2004-décembre 2015) et prospective pour 18 mois (janvier 2016-juin 2017), de type descriptif, portant sur les cas d'hystérectomies réalisés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI. Cette étude nous a permis de confirmer la prévalence élevée des hystérectomies ainsi que les impacts physiques et psychologiques post opératoires de cette intervention sont bien réels.

Notre taux est inférieur à celui rapporté par Baldé I.S, Sy T. et al [9] en Guinée Conakry (4,4 %), et de celui de Gueye M, Diouf A et al. [10] au Sénégal (3%). Nos constats sont partagés par beaucoup d'auteurs dont Stewart EA al. [1] qui rapportent que l'hystérectomie est la deuxième intervention en gynécologie obstétrique après la césarienne.

L'âge moyen de nos patientes (44,5) et la parité moyenne (7) était proche de celle observée par divers auteurs africains, notamment Baldé I.S, Sy T. et al [9] en Guinée Conakry qui avait trouvé comme moyen (45, 7) et une parité moyenne de 6 ; et Gueye M, Diouf A et al. [10] au Sénégal qui avait trouvé comme moyen (44, 4) et une parité moyenne de 6.

Les indications opératoires étaient dominées par les lésions bénignes avec, au premier plan, la myomatose utérine (42,8%). Les hystérectomies obstétricales d'urgence représentaient 28% des indications, elle est devenue exceptionnelle dans les pays développés [11], la ligature sélective des artères hypogastriques et l'embolisation artérielle étant devenues des alternatives, aussi la rupture utérine continuant à occuper une place de choix (23,2%) au Mali, du fait de la mauvaise prise en charge des femmes pendant la grossesse et l'accouchement.

Par rapport à la voie d'abord chirurgicale, notre résultat rejoint ceux de certains auteurs africains, Baldé I.S, Sy T. et al [9] en Guinée Conakry (82,24 %

d'hystérectomie abdominale) et Gueye M, Diouf A et al. [10] 78,6% d'hystérectomie abdominale. La voie vaginale a été pratiquée dans notre étude (30,2%), supérieur à celui de Baldé I.S, Sy T. et al [9] (17,75) et de Diouf A et al. [10] (21,4), cette différence pourrait s'expliquer, d'une part, par le fait que le prolapsus génital est très fréquent dans notre commune périurbaine et d'autre part cette nouvelle tendance vers l'abord par voie vaginale à l'image des autres pays. Dans les pays développés, contrairement à nos pays on assiste à une régression de la voie abdominale au profit des voies vaginale et percoelioscopique ou coelio-assistée présentent des avantages sur le plan esthétique, sur la durée d'intervention mais aussi sur le vécu postopératoire comparées à la voie abdominale [12].

Concernant les aspects anatomopathologiques, 98 résultats de compte rendu anatomopathologique était disponible soit 35, 3 %. Le Carcinome épidermoïde de l'ovaire était retrouvé dans 8,1% ; le coût élevé de l'examen anatomopathologique a fait que 64,7 des comptes rendus n'étaient pas disponibles.

Les complications peropératoires étaient dominées par l'hémorragie (6,11 %), nos constats étaient partagés par Baldé I.S, Sy T. et al [9] qui a observé que les complications peropératoires se rencontrent autant dans les hystérectomies abdominales que vaginales, et que leur fréquence varie selon le type d'hystérectomie. Les hémorragies sont plus fréquentes au cours des hystérectomies abdominales et les plaies vésicales sont observées plus fréquemment en cas d'hystérectomie vaginale [12]. Néanmoins, on retient de façon générale que les complications peropératoires sont fréquentes, et souvent attribuables à la pathologie qui a motivé l'hystérectomie et non au geste chirurgical. Les complications postopératoires, étaient dominées par l'anémie (7,5%). Ceci pourrait s'expliquer par la fréquence des hémorragies d'origine obstétricale dans notre étude. La présence

d'un mini banque de sang dans notre structure à faciliter la disponibilité de produits sanguins.

Les conséquences de l'hystérectomie sur la qualité de vie étaient : une baisse du désir sexuel (34,17%), bouffée de chaleur (30,9%), sécheresse vaginale (24,8%), dyspareunie profonde (5,7%), un rétrécissement et/ou un raccourcissement du vagin (3,9%), une baisse de la confiance en soi par l'atteinte du symbole de l'identité féminine traduite l'absence des règleschez 31,4% des patientes. Chez 33,4% une baisse de leurs performances professionnelles ou ménagères a été ressentie.Nos constats étaient partagés par Diouf A et al. [10] qui avaient trouvé après l'intervention, une baisse du plaisir au cours des rapports sexuels (38,6%), une baisse de la confiance en soi(31,4%), détérioration des rapports sociaux (5,7%), baisse de leurs performances professionnelles (27,1%).

Un soutien psychologique de l'entourage proche et la préparation pré opératoire constitueraient un mécanisme d'adaptation à cette nouvelle vie, car plus de la majorité de nos patientes (71,9%) affirmait ne pas

regretter d'avoir subi une hystérectomie qui a soulagée de symptômes invalidants.

Concernant la mortalité nous avons enregistré deux décès en postopératoire soit une létalité de 0,7% survenus après des hystérectomies d'hémostase, tandis que aucun cas de décès n'avait été enregistré pour les cas d'hystérectomies pour lésion bénigne de l'utérus.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de confirmer que l'hystérectomie reste une intervention largement pratiquée. La particularité de notre contexte réside dans la fréquence élevée de l'hystérectomie obstétricale et des impacts physiques et psychologiques post opératoires. L'organisation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (l'amélioration de la couverture obstétricale dans notre pays en combinant un meilleur suivi de la grossesse, une supervision formative des maternités périphériques et une amélioration des possibilités de réanimation) et le soutien moral de l'entourage, la préparation psychologique pré opératoire peuvent permettre aux patientes d'améliorer le vécu de l'hystérectomie.



Figure 1 : Pièce d'hystérectomie totale abdominale pour utérus polomyomateux

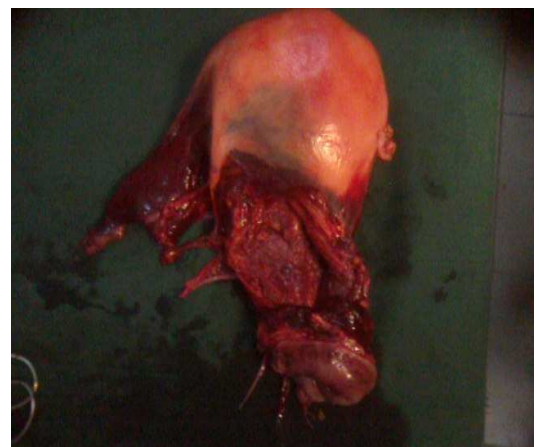


Figure 2 : Pièce d'hystérectomie subtotale abdominale pour rupture utérine



Figure 3 : Pièce d'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale abdominale pour carcinome de l'ovaire



Figure 6 : Prolapsus urogénital chez une patiente de 55 ans avant hystérectomie vaginale



Figure 4 : Pièce d'hystérectomie vaginale pour prolapsus génital

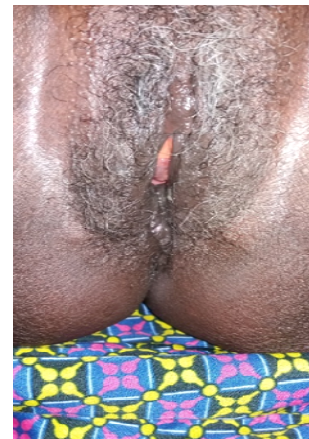


Figure 7 : Patiente à 90 jours après hystérectomie vaginale se plaignant de rétrécissement vaginal



Figure 5 : Utérus polymyomateux extériorisé avant hystérectomie totale abdominale

REFERENCES

1. Stewart EA, Shuster LT, Rocca WA. Reassessing hysterectomy. *Minn Med* 2012;95:36-9.
2. Carlson KJ, Nichols DH, Schiff I. Indications for hysterectomy. *N Engl J Med* 1993;328:856-60.
3. Merrill RM. Hysterectomy surveillance in the United States, 1997 through 2005. *Med Sci Monit* 2008;14:CR24-31.
4. Mamy L, Letouzey V, Chevalier N, Gondry J, Mares P, de Tayrac R. Séquelles vésicosphinctérienne, anorectales et génitosexuelles de l'hystérectomie. *PelvPerineol*, 2009; 4:22-30.
5. Clayton, RD. Hysterectomy. *ObstetGynecol*, 2006; 20:73-87.
6. Wu JM, Wechter ME, Geller EJ. Hysterectomy rates in the United States. *ObstetGynecol*, 2003; 110:1091-5
7. Kouma A. Les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital National du Point-G à propos de 315 cas. Thèse Med. Bamako 2000.n ° 98,84p
8. DIAKITE M. Kariba. Hystérectomies dans le service de gynéco obstétrique. L'Hôpital Régional Fousseyni DAOU de Kayes en 2011 à propos de 37 cas thèse de médecine. Bamako. 94p
9. Baldé I.S, Sy T. et al Les hystérectomies au CHU de Conakry : caractéristiques sociodémographiques et cliniques, types, indications, voies d'abord et pronostic. *Médecine et Sante Tropicales* 2014 ; 24 : 379-382
10. Gueye M, Diouf Aa, Cisse A, Coulbary As, Moreau Jc, Diouf A Conséquences de l'hystérectomie au centre hospitalier national de Pikine à Dakar *Tunisie Médicale* - 2014 ; Vol 92 (n°010) : 635-638
11. Sibony O, Luton D, Desarcus B, et al. L'hystérectomie d'hémostase dans la pratique obstétricale. Evolution des idées depuis un siècle (d'Edoardo Porro à nos jours). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996 ; 25 : 533-5. 21.
12. Cravello L, Bretelle F, Cohen D, et al. L'hystérectomie vaginale : à propos d'une série de 1008 interventions. *Gynecol Obstet Fertil* 2001 ; 29 : 288-94.
13. Chene G, Rahimi K, Mes-Masson AM, Provencher D. Surgical implications of the potential new tubal pathway for ovarian carcinogenesis. *J Minim Invasive Gynecol* 2013. S1553-4650(12).