



Décembre 2025, Volume 8  
N°4, Page 291 - 500

ASSOCIATION SÉNÉGALAISE  
DE CHIRURGIE

# Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

**Journal Africain de Chirurgie**  
**Service de Chirurgie Générale**  
**CHU Le DANTEC**  
**B.P. 3001, Avenue Pasteur**  
**Dakar-Sénégal**  
**Tél. : +221.33.822.37.21**  
**Email : jafchir@gmail.com**  
\*\*\*\*\*

#### **COMITE DE LECTURE**

Papa Salmane Ba -**Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique**  
Mamadou Diawo Bah - **Anesthésie-Réanimation**  
Mamadou Cissé- **Chirurgie Générale**  
Ndèye Fatou Coulibaly -**Orthopédie-Traumatologie**  
Richard Deguenonvo -**ORL-Chir. Cervico-Faciale**  
Ahmadou Dem -**Cancérologie Chirurgicale**  
Madieng Dieng- **Chirurgie Générale**  
Abdoul Aziz Diouf- **Gynécologie-Obstétrique**  
Mamour Gueye - **Gynécologie-Obstétrique**  
Sidy Ka -**Cancérologie Chirurgicale**  
Ainina Ndiaye - **Anatomie-Chirurgie Plastique**  
Oumar Ndour- **Chirurgie Pédiatrique**  
André Daniel Sané - **Orthopédie-Traumatologie**  
Paule Aida Ndoye- **Ophthalmologie**  
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**  
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**  
Alioune Badara Thiam- **Neurochirurgie**  
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**  
Silly Touré - **Stomatologie et Chir. Maxillo-Faciale**

#### **COMITE SCIENTIFIQUE**

Mourad Adala (**Tunisie**)  
Momar Codé Ba (**Sénégal**)  
Cécile Brigand (**France**)  
Amadou Gabriel Cissé (**Sénégal**)  
Mamadou Lamine Cissé (**Sénégal**)  
Antoine Doui (**Centrafrique**)  
Aissatou Taran Diallo (**Guinée Conakry**)  
Biro Diallo (**Guinée Conakry**)  
Folly Kadidiatou Diallo (**Gabon**)  
Bamourou Diané (**Côte d'Ivoire**)  
Babacar Diao (**Sénégal**)  
Charles Bertin Diémé (**Sénégal**)  
Papa Saloum Diop (**Sénégal**)  
David Dosséh (**Togo**)  
Arthur Essomba (**Cameroun**)  
Mamadou Birame Faye (**Sénégal**)  
Alexandre Hallode (**Bénin**)  
Yacoubou Harouna (**Niger**)  
Ousmane Ka (**Sénégal**)  
Omar Kane (**Sénégal**)  
Ibrahima Konaté (**Sénégal**)  
Roger Lebeau (**Côte d'Ivoire**)  
Fabrice Muscari (**France**)  
Assane Ndiaye (**Sénégal**)  
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)  
Gabriel Ngom (**Sénégal**)  
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)  
Choua Ouchemi (**Tchad**)  
Fabien Reche (**France**)  
Rachid Sani (**Niger**)  
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)  
Zimogo Sanogo (**Mali**)  
Adama Sanou (**Burkina Faso**)  
Mouhammadou Habib Sy (**Sénégal**)  
Adegné Pierre Togo (**Mali**)  
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)  
Maurice Zida (**Burkina Faso**)  
Frank Zinzindouhoue (**France**)



**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE  
DE CHIRURGIE**

# **Journal Africain de Chirurgie**

**Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie**

**ISSN 2712 - 651X  
Décembre, Volume 8,  
N°4, Pages 291 - 500**

#### **COMITE DE REDACTION**

**Directeur de Publication  
Pr. Madieng DIENG**

Email : madiengd@homail.com

**Rédacteur en Chef  
Pr. Ahmadou DEM**

Email : adehdem@gmail.com

**Rédacteurs en Chef Adjoints  
Pr. Alpha Oumar TOURE**

Email : alphaoumartoure@gmail.com

**Pr. Mamadou SECK**

Email : seckmad@gmail.com

**Pr. Abdoul Aziz DIOUF**

Email : dioufaziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :  
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques  
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

**HYSERECTOMIE POUR PATHOLOGIES UTERINES NON CANCEREUSES :  
INDICATIONS ET EVOLUTION DES PRATIQUES AU CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE**

**HYSERECTOMY FOR NON-CANCEROUS UTERINE PATHOLOGIES:  
INDICATIONS AND EVOLUTION OF PRACTICES AT THE UNIVERSITY  
HOSPITAL CENTER OF BRAZZAVILLE**

**BUAMBO GRJ\* <sup>1,2</sup>, POTOKOUE-MPIA SNB<sup>1,2</sup>, LOUZOLO V<sup>1</sup>, EOAUNI LME<sup>2</sup>,  
MOKOKO JC<sup>1,2</sup>, ITOUA C<sup>1,2</sup>,**

<sup>1</sup>*Service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville,  
Congo*

<sup>2</sup>*Faculté des sciences de la santé, Université Marien NGOUABI, Congo*

**Auteur correspondant :** BUAMBO Gauthier Régis Jostin - Gynécologue Obstétricien

Service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville,  
Congo, Tel : +242 069795015, Courriel : buambogauthier@yahoo.fr

## RÉSUMÉ

L'hystérectomie est l'ablation chirurgicale de l'utérus. Elle est l'intervention chirurgicale la plus fréquente chez la femme après la césarienne. Différentes voies d'abord permettent actuellement de réaliser cette intervention. A côté de la laparotomie classique, se sont ajoutées la voie vaginale et la coelioscopie. L'objectif de l'étude était d'analyser les indications et l'évolution des pratiques d'hystérectomies pour pathologies utérines non cancéreuses au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. **Patients et méthode :** Il s'agissait d'une étude transversale analytique, monocentrique, comparant 303 patientes hystérectomisées pour pathologies utérines non cancéreuses du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2012 (1ère série) et

182 hystérectomisées du 1er janvier 2013 au 30 Juin 2022 (2ème série). Les variables étudiées ont été pré, per et post-opératoires. L'évolution des pratiques a été appréciée par le calcul de l'indice de technicité. **Résultats :** Les patientes étaient différentes en âge ( $47,6 \pm 4,5$  vs  $55,2 \pm 3,5$  ; p <0,05) avec une prédominance des multipares ( $2,3 \pm 0,1$  vs  $5,2 \pm 0,3$  ; p <0,05). Les indications étaient dominées dans les deux séries par le myome utérin (74% vs 62,6% ; OR=1,6 [1,14-2,5] ; p <0,05) suivi du prolapsus utérin (14% vs 22% ; OR=0,6 [0,37-0,9] ; p <0,05). L'hystérectomie a été le plus pratiquée par voie abdominale dans les deux séries avec davantage de voie vaginale au cours de la 2e série (15,3% vs 20,9% ; p<0,05). L'indice de technicité était

supérieur dans la seconde série (13% vs 23% ; OR=0,5 [0,3-0,8] ; p<0,05).

**Conclusion :** Les efforts devraient davantage être fournis dans l'évolution des techniques afin de renforcer et d'améliorer l'offre de soins en hystérectomie pour pathologies utérines non cancéreuses.

**Mots clés.** Hystérectomie, Pathologies non cancéreuses, Utérus, Techniques, Brazzaville.

## **ABSTRACT**

*Hysterectomy is the surgical removal of the uterus. After cesarean section, it is the most common surgical procedure in women. Various surgical approaches are currently available for this procedure. In addition to traditional laparotomy, the vaginal route and laparoscopy have been added. The objective of the study was to analyze the indications and evolution of hysterectomies practices for non-cancerous uterine pathologies at the University Hospital Center of Brazzaville. Patients and Methods. This was a single-center, analytical, cross-sectional study comparing 303 patients undergoing hysterectomy for non-cancerous uterine pathologies from*

*January 1, 2003, to December 31, 2012 (first series) and 182 hysterectomy patients from January 1, 2013, to June 30, 2022 (second series). The variables studied were pre-, intra-, and postoperative. The evolution of practices was assessed by calculating the technicality index. Results. The patients were different in age (47.6 ± 4.5 vs 55.2 ± 3.5; p <0.05) with a predominance of multiparous women (2.3 ± 0.1 vs 5.2 ± 0.3; p <0.05). The indications were dominated in both series by uterine myoma (74% vs 62.6%; OR=1.6 [1.14-2.5]; p <0.05) followed by uterine prolapse (14% vs 22%; OR=0.6 [0.37-0.9]; p <0.05). Hysterectomy was most performed via the abdominal route in both series, with more vaginal hysterectomy in the second series (15.3% vs. 20.9%; p <0.05). The technical skill index was higher in the second series (13% vs. 23%; OR = 0.5 [0.3-0.8]; p <0.05). Conclusion. Greater efforts should be made to develop techniques to strengthen and improve the provision of hysterectomy care for non-cancerous uterine pathologies.*

**Keywords.** Hysterectomy, Non-cancerous pathologies, Uterus, Techniques, Brazzaville

## **INTRODUCTION**

L'hystérectomie est l'ablation chirurgicale de l'utérus. Après la césarienne, elle représente l'intervention chirurgicale la plus fréquente chez la femme [1,2]. Indiquée dans 90 % des cas pour des lésions gynécologiques bénignes, l'hystérectomie est l'intervention majeure la plus pratiquée en gynécologie [2,3]. Différentes voies d'abord permettent actuellement de réaliser cette intervention. A côté de la laparotomie classique, se sont ajoutées la voie vaginale et la cœlioscopie. L'évolution des pratiques tend à développer la réalisation de l'hystérectomie par voie vaginale, associée ou non à une assistance cœlioscopique, car l'expérience des praticiens a démontré que c'est une voie qui reste sûre, moins emboligène, économique et esthétique. L'intérêt de cette technique est aussi sa faible morbi-mortalité [5]. Malgré son désavantage, la voie abdominale reste la plus pratiquée au monde, particulièrement en Afrique subsaharienne. Pour autant l'hystérectomie par voie cœlioscopique, malgré son coût élevé et son caractère chronophage, connaît depuis des décennies un essor en Occident [4].

Sur le plan mondial, on assiste donc à une évolution des techniques d'hystérectomie contribuant ainsi à la réduction de la morbidité post opératoire [3,6]. Au Congo, notamment au Centre Hospitalier

Universitaire de Brazzaville, la pratique de l'hystérectomie a été prouvée par plusieurs études abordant aussi bien les aspects techniques que pronostiques [7,8].

Près d'une décennie après la dernière étude, nous nous sommes fixé l'objectif d'analyser les indications et l'évolution des pratiques chirurgicales au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brazzaville.

## **PATIENTES ET METHODE**

Il s'est agi d'une étude transversale analytique, menée dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Brazzaville, comparant les patientes ayant bénéficié de l'hystérectomie pour une pathologie utérine non cancéreuse prouvée histologiquement au cours de la période du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2012 (série 1) et celles au cours de la période du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2022 (série 2).

### *Échantillonnage*

#### *Taille de l'échantillon*

La taille de l'échantillon de la série 1 a été calculée à partir de la formule de Schwartz en s'aidant des données de l'étude de Buambo B [7] portant sur l'hystérectomie d'indication gynécologique au CHU de Brazzaville.

$$N=P(1-P) \cdot (Z\alpha^2)/(d^2)$$

L'hystérectomie pour pathologies gynécologiques bénignes représentait 6,6% de l'ensemble de l'activité chirurgicale.

Ainsi, la taille minimale représentative permettant une analyse statistique était de 67.

Quant à la série 2, la taille de l'échantillon correspondait à l'échantillon de l'étude réalisée dans le même service au cours de la même période par Itoua, portant sur l'hystérectomie pour pathologies gynécologiques bénignes [8]. Elle était de 303.

#### Type et procédure d'échantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage systématique de la série 1, de la manière suivante :

Primo, il a été déterminé le nombre minimal de cas à sélectionner par an, en utilisant le rapport taille de l'échantillon sur la période d'étude (7 ans et 6 mois = 7,5) soit  $67/7,5 = 8,93 \approx 9$ .

Secundo, afin de connaître le nombre minimal de cas à sélectionner par mois, nous avons divisé le nombre de cas par an par 12 soit  $9/12 = 0,75 \approx 1$  cas par mois.

De manière systématique, nous avons sélectionné les deux premiers cas d'hystérectomie pour pathologie bénigne de

chaque mois, pendant 8 ans ; soit une taille d'échantillon de 192.

Dix dossiers de patientes admises secondairement après hystérectomie dans un autre centre que le CHU de Brazzaville ont été exclus.

L'an 2013 a été marquée par le début de la pratique de la coelioscopie opératoire dans le service.

Les hystérectomies ont été pratiquées par les Gynécologues-Obstétriciens du service, par laparotomie, voie vaginale d'emblée ou coelio-préparée.

#### Variables étudiées

Les variables étudiées ont été pré-opératoires (âge, parité, indications), per-opératoires (type d'anesthésie, voies d'abord, type d'incision, type d'hystérectomie, transfusion sanguine, complications) et post-opératoires (suites opératoires, complications, décès, séjour hospitalier).

L'évolution des pratiques a été évaluée par le calcul de l'indice de technicité [6]. Il se définit comme étant le pourcentage d'hystérectomies effectuées par des voies autres que la voie abdominale au sein d'un seul et même service (figure 1).

Le logiciel Épi Info 7.2.6 a servi à l'analyse des données. La valeur p de la probabilité a

été jugée significative pour une valeur inférieure à 5%.

$$\text{Indice de Technicité} = \frac{\text{HV} + \text{HL}}{\text{HV} + \text{HL} + \text{HA}} \times 100$$

HV : hystérectomies vaginales

HL : hystérectomies laparoscopiques

HA : hystérectomies abdominales

## **RESULTATS**

Durant les deux périodes, nous avons colligé 485 patientes hystérectomisées soit 303 au cours de la première période (série 1) et 182 au cours de la deuxième (série 2).

En pré-opératoire, les patientes étaient différentes en âge, plus âgées dans la 2e série et multipares, contrairement à celles de la 1ère série qui étaient plus jeunes et majoritairement paucipares (tableau I).

Les indications étaient dominées dans les deux séries par le myome utérin, le prolapsus utérin et les lésions précancéreuses du col utérin (tableau I).

**Tableau I. Caractéristiques préopératoires**

	<b>Série 1</b> (N=303)	<b>Série 2</b> (N=182)	<b>OR [IC (95%)]</b>	<b>p</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>		
<b>Age (ans)</b>				0,001
Moyenne±ET	47,6 ± 5,5	55,21±3,5		
[30 – 50[	206 (68)	116 (63,7)	2,1 [1,14-3,87]	0,02
[50 – 70[	75 (24,7)	40 (22)	-	0,1
[70 – 90[	22 (7,3)	26 (14,3)	Réf.	
<b>Parité</b>				0,001
Moyenne±ET	2,3 ± 0,1	5,2 ± 0,3		
Nullipare	29 (9,6)	12 (6,6)	-	0,9
Primipare	25 (8,2)	18 (9,8)	-	0,1
Paucipare	135 (44,6)	58 (32)	Réf	
Multipare	114 (37,6)	94 (51,6)	0,5 [0,3-0,8]	0,01
<b>Indications</b>				
Myome utérin	224 (74)	114 (62,6)	1,6 [1,14-2,5]	0,01
Prolapsus utérin	44 (14,5)	40 (22)	0,6 [0,37-0,9]	0,03
Adénomyose	5 (1,6)	4 (2,2)	-	0,8
Hyperplasie de l'endomètre	10 (3,3)	8 (4,4)		0,5
Sans atypies	0	8	-	
Avec atypies	10	0	-	
Lésions précancéreuses du col	20 (6,6)	16 (8,8)	-	0,3
CIN 1	0	3	-	
CIN 2,3	20	13	-	

Concernant la pratique de l'hystérectomie, elle a été majoritairement pratiquée par laparotomie dans les deux séries (tableau II). Cependant la voie basse a été davantage utilisée au cours de la 2e période (série 2) avec un indice de technicité de loin

supérieure à celui de la première période (série 1). L'hystérectomie a été totale dans tous les cas. Le risque d'hémorragie peropératoire et d'infection post-opératoire était plus élevé dans la première série.

**Tableau II. Pratique comparative de l'hystérectomie entre les deux séries**

	Série 1 (N=303)	Série 2 (N=182)	OR [IC (95%)]	p
	n (%)	n (%)		
<b>Voie d'abord</b>				
Vaginale <sup>(1)</sup>	39 (13)	42 (23)	<b>0,5 [0,3-0,8]</b>	<b>0,01</b>
Abdominale <sup>(2)</sup>	264 (87)	140 (77)	<b>2 [1,2-3,3]</b>	<b>0,01</b>
<b>Indice de technicité (%)</b>	12,8	23,1		
<b>Complications peropératoires</b>				
Hémorragies (> 500 ml)	54 (17,8)	14 (7,7)	<b>2,6 [1,4-4,8]</b>	<b>0,001</b>
Plaie digestive	1 (0,3)	0 (0)	-	1
Plaie urinaire (vésicale, urétérale)	1 (0,3)	0 (0)	-	1
Transfusion sanguine	59 (19,5)	33 (18)		0,8
<b>Complications postopératoires</b>				
Anémie	1 (0,3)	0 (0)		
Infection du site opératoire	15 (5)	1 (0,5)	<b>9,4 [1,2-72]</b>	<b>0,01</b>
Fistule vésico-vaginale	1 (0,3)	0 ()	-	1
Décès	2 (0,6)	0 ()	-	0,5
<b>Séjour hospitalier (moyenne ± ET)</b>				
Hystérectomie abdominale	4,05 ± 0,2	4 ± 0,9		0,1
Hystérectomie vaginale	2,8 ± 0,6	3 ± 0,7		0,6

## **DISCUSSION**

Nous avons observé une diminution du nombre d'hystérectomies au cours de ces deux dernières décennies. Cette baisse du nombre d'hystérectomies s'expliquerait par l'émergence ces dernières années des traitements hormonaux efficaces sur la symptomatologie hémorragique, des moyens chirurgicaux conservateurs et des techniques de procréation médicalement assistée.

Les patientes étaient différentes en âge, avec une prédominance des sujets de plus de 50 ans dans la deuxième série par rapport à la première. Néanmoins, la pratique de l'hystérectomie est préférentiellement fréquente aux environs de 45 ans, correspondant avec la période de la péri-ménopause et/ou de la fin du projet procréatif [1,3,4,5,7,8]. Les patientes âgées de la deuxième série étaient majoritairement multipares comparativement aux paucipares de la première série. Ceci a été en rapport direct avec le type d'indication ayant prédominé dans chacune des séries.

En effet, les indications d'hystérectomie sont variées avec une prédominance des indications organiques dans les deux séries. Le myome et le prolapsus utérin ont représenté les indications les plus fréquentes. La pathologie de la statique pelvienne a prédominé dans la population

âgée des hystérectomisées de la deuxième série, contrastant avec la pratique d'hystérectomie dans une population où domine significativement le myome dans la première. Les myomes utérins occupent la première place des indications d'hystérectomie dans les séries africaines [5,7,8,9] et afro-américaines compte tenu de la prédisposition raciale rapportée par la littérature [10].

La défaillance structurale des moyens de soutien relative à l'hypo-oestrogénie liée à l'âge et l'impact des accouchements chez la multipare, aurait contribué à la survenue majoritaire d'hystérectomie pour prolapsus utérin dans la deuxième série au cours de laquelle ont été aussi notées les indications se rapportant à la pathologie pré-cancéreuse. La recrudescence des indications d'hystérectomie pour lésions pré-cancéreuses dans la deuxième série, serait contemporaine à l'acquisition d'un colposcope en fin de la première période, et par conséquent à la promotion des activités de dépistage initiée dans la première série.

Les indications d'hystérectomie ont conditionné le choix de la voie d'abord qui a été préférentiellement abdominale dans les deux séries, se justifiant par la prédominance du myome utérin. Si d'une part, le choix de la voie abdominale semble lié à la préférence des praticiens car offrant de meilleures conditions pour la réalisation

d'une hystérectomie en dépit de son coût élevé, son inconvenient esthétique, son caractère chronophage, le long séjour hospitalier et les complications auxquelles elle expose la patiente. D'autre part, il est conditionné par l'état clinique des patientes en tenant compte du passé chirurgical, des caractéristiques reproductives (parité, notion d'accouchement par voie basse), de l'état général, des dimensions de l'utérus (taille et poids) et de la pathologie incriminée. Cependant, les lignes directrices actuelles de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) recommandent que l'hystérectomie soit effectuée préféablement par voie vaginale, ou bien par laparoscopie lorsque ceci permet d'éviter la laparotomie [11]. Pratiquée aussi bien dans la première que dans la deuxième série, l'hystérectomie par voie vaginale a été plus fréquente en seconde période, s'expliquant d'une part par les indications, et d'autre, par l'évolution de la technicité. Le concept de technicité a été introduit il y'a plus de 10 ans au Québec [6]. D'abord proposé en France, il se veut une façon de comparer le rendement du service de gynécologie en ce qui a trait à l'hystérectomie [12]. Nous avons noté une augmentation de 10,3% de l'indice de technicité de 2003 à 2012 et de 2013 à 2022 au profit de la voie vaginale, confirmant l'évolution de la technicité pouvant être en

rapport avec l'acquisition progressive de l'expérience par les praticiens. Dans les pays où les voies vaginales et coelioscopiques ont été largement pratiquées, l'indice de technicité a connu une augmentation exponentielle, comme l'ont rapporté Pither et Bernatchez-Laflamme, respectivement au Gabon [13] et au Canada [6]. En raison de l'insuffisance du plateau technique, l'hystérectomie exclusivement per-coelioscopique est exceptionnelle dans notre service, au profit de la préparation coelioscopique de la voie vaginale. Nonobstant l'évolution des techniques, la voie abdominale demeure la plus pratiquée avec des préférences distinctes des praticiens dépendant du type d'incision. L'incision de Pfannenstiel a la préférence des gynécologues car présentant un avantage esthétique et moins de risque d'éventration [14,15]. Cependant, en cas de gros utérus dépassant l'ombilic et dans la hantise d'une pathologie cancéreuse, l'incision médiane sous-ombilical ou celle de Mouchel, sont préférées. L'incision trans-musculaire de Mouchel, offrant un plus grand jour, s'avère utile dans les volumineux utérus myomateux souvent difficilement extirpables par l'incision de Pfannenstiel [15].

Dans le contexte d'un pays à forte prévalence du cancer du col, et en présence de difficultés liées au dépistage et à la

surveillance cervicale, les hystérectomies ont été exclusivement totales en emportant le col. Il s'agit du type d'hystérectomie le plus pratiqué de nos jours, bien que l'hystérectomie subtotale garde encore quelques défenseurs qui les justifient par les difficultés techniques et anatomiques per opératoires. C'est ainsi que sa pratique a été plus rapportée par Nzau et Levêque, respectivement dans 94,9% [16] et 92% [17].

Les pertes sanguines ont été moins importantes dans la deuxième série comparativement à la première dominée par l'hystérectomie abdominale. La pratique plus fréquente de la voie vaginale aurait fortement contribué à la régression des hémorragies per opératoires. En effet, l'hystérectomie vaginale serait moins hémorragique que l'hystérectomie abdominale [9,12,13,14]. Aussi, la spoliation sanguine excessive serait liée aux indications et au bilan lésionnel per opératoire. C'est ainsi qu'en cas d'adhérences, l'accès à l'utérus a été obtenu par des gestes d'adhésiolyse tantôt très hémorragiques, tantôt pourvoyeurs des lésions viscérales. Ces dernières demeurent néanmoins exceptionnelles, variant entre 1 et 3% [3]. Cependant, Fanny au Benin, rapporte 6,6% de plaies rectales au cours de la périnéoplastie postérieure et myorraphie des releveurs [18].

La morbidité per opératoire a eu une répercussion non négligeable sur les suites opératoires qui ont été le plus marquées dans la première série par l'infection du site opératoire. En effet, les infections du site opératoire sont d'origine multifactorielle se rapportant aussi bien aux périodes pré, per que post opératoires. C'est ainsi que l'état clinique des patientes (anémie), la durée de l'intervention, l'existence des plaies digestives et la prise en charge inadéquate dans les suites opératoires, auraient contribué à la survenue de la suppuration pariétale.

Le séjour hospitalier était le même dans les deux séries quel que soit la voie d'abord, corroborant les résultats de Houkpatin [19] et Pither [13] respectivement au Bénin et au Gabon. Le séjour hospitalier représente l'un des indicateurs de qualité des soins d'un service, sa baisse reflétant le bon fonctionnement du service.

## **CONCLUSION**

L'hystérectomie pour pathologies utérines non cancéreuses demeure une intervention fréquente. Ses indications sont dominées par le myome utérin, le prolapsus utérin et les lésions pré-cancéreuses du col utérin. Il a été constaté une évolution de pratiques durant les deux dernières décennies au profit de la voie vaginale d'emblée ou coelio-préparée avec une réduction de la morbidité per et post-opératoire. Les efforts

devraient davantage être fournis dans l'accessibilité et la concrétisation des techniques mini-invasives afin de renforcer et d'améliorer l'offre de soins en hystérectomie pour pathologies utérines non cancéreuses.

#### **CONFLITS D'INTERET**

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

#### **REFERENCES**

1. **Debodinance P.** Hystérectomie pour lésions bénignes sur utérus non prolabé. J Gynecol Obstet Reprod 2001 ; 30 (2) : 151-159. Doi : JGYN-04-2001-30-02-0368-2315-101019-ART5.
2. **Grosdemouge V, Bleret-Mattant P, Théolbald V, Drefus M.** Les complications de l'hystérectomie par voie vaginale sur utérus non prolabé. J. Gynécol Obst Biol Reprod 2000 ; 29 (5) : 478 – 84. Doi : JGYN-09-2000-29-5-0368-2315-101019-ART6.
3. **Cosson M.** Hystérectomie pour lésions bénignes : complications peropératoires et postopératoires précoces. Ann Chir 2000 ; 125 : 340–5. [https://doi.org/10.1016/S0003-3944\(00\)00205-4](https://doi.org/10.1016/S0003-3944(00)00205-4).
4. **Lucot JP, Debodinance P, Coutty N, Cosson M.** Hystérectomie vaginale pour pathologies bénignes. In : Laffont A, Durieux F. EMC. Paris : Elsevier Masson 2011 :1-13. Doi : 10.1016/S2211-0666(11)52954-8.
5. **Traoré A, Coulibaly MB, Traoré SO et al.** L'Hystérectomie Vaginale dans le Service de Gynécologie de l'Hôpital du Mali. Health Sci. Dis 2020 ; 21(11) : 45-7.
6. **Bernatchez-Laflamme SM, Bujold E, Roberge S, Laberge PY.** Évolution de l'indice de technicité des hystérectomies au Québec. J Obstet Gynaecol Can 2013 ;35(2):144–148. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)31019-7](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)31019-7)
7. **Buambo-Bamanga SF, Oyere Moke P, Doukaga Moussavouru RA, Ekoundzola JR.** Hystérectomie d'indication gynécologique au CHU de Brazzaville. Clin Mother Child Health 2009 ; 6(2): 1113-6.
8. **Itoua C, Koko P, Iloki LH.** Hystérectomies pour pathologies bénignes gynécologiques : évolution des techniques et des suites opératoires au CHU de Brazzaville. Annales des sciences de la santé 2014 ; 15(5) : 45-52
9. **Chevrot A, Margueritte F, Fritel X and al.** Hystérectomie: évolution des pratiques entre 2009 et 2019 en France. Gynecol Obstet Fertil Senol 2021 ; 49(11) : 816-822. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2021.07.002>

- 10. Gorina Y, Elgaddal N, Weeks JD.** Hysterectomy among women age 18 and older: United States, 2021. NCHS Data Brief, no 494. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2024. DOI: <https://dx.doi.org/10.15620/cdc:145592>.
- 11. Thurston J, Murji A, Scattolon S and al.** N° 377- Indications gynécologiques bénignes de l'hystérectomie. J Obstet Gynaecol Can 2019; 41(4): 558 – 74.
- 12. Laberge PY, Singh SS.** Surgical approach to hysterectomy: introducing the concept of technicity. J Obstet Gynaecol Can 2009; 31(11) : 1050-1053.
- 13. Pither S, Bayonne Manou LS, Mandji Lawson JM et al.** Les voies d'abord de l'hystérectomie. Sante 2011 ; 22 : 79-81. Doi : 10.1684/san.2011.0249.
- 14. Gauthier T, Huet S, Marcelli M, Lamblin G, Chêne G.** Hystérectomie pour pathologie bénigne : choix de la voie d'abord, technique de suture vaginale et morcellement : recommandations. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2015 ; 44(10) : 1168-82.  
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.032>
- 15. Querleu D, Delahousse G, Turpin D, et al.** [Low transverse laparotomy with rectus abdominus section in gynecology and obstetrics. A propos of 1,000 cases]. Rev Fr Gynecol Obstet 1987 ;82(11):643-648. PMID : 2962266.
- 16. Nzau NE, Mboloko E, Tandu-Umba NFB, Lokengo LD.** Hystérectomie aux Cliniques Universitaires de Kinshasa : De 2002 à 2010. Med Afr Noire 2012 ; 59 : 221-30.
- 17. Levêque J, Eon Y, Colladon B et al.** Hystérectomie pour pathologie bénigne en Bretagne : analyse des pratiques. J de Gyneco Obst Biol Reprod 2000 ; 29 :41-47.
- 18. Fanny MAKB, Horo AG, Touré Ecra AF, Manket Kouassi E, Kone M.** Traitement chirurgical des prolapsus génitaux : expérience de la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Yopougon. A propos de 30 cas. Med Afr Noire 2010 ;57 (2) :91-7.
- 19. Hounkpatin BIB, Bagnan Tonato A, Denakpo J L, Lokossou A, Sehoue MM, Perrin RX.** Hystérectomie par voie vaginale : épidémiologie, indications et résultats à l'hôpital de la mère et de l'enfant de Cotonou. Med Afr Noire 2012; 59(11) :538-41.