



Article original

Les étiologies gynécologiques des hystérectomies à l'hôpital du Mali à propos de 70 cas

The gynecological etiologies of hysterectomies at the Mali hospital about 70 cases

M B Coulibaly^{1*}, A Traoré¹, M A Camara³, A Togo¹, A Sangaré¹, I Ongoiba¹, K Timbine², A Sidibé², A Guindo¹, N Mounkoro⁴, I Tegueté⁴, Y Traoré⁴, M Touré¹

Résumé

L'hystérectomie est indiquée principalement pour la fibromateuse utérine qui est un réel problème de santé publique. En effet, les myomes se développent chez 20 à 25 % des femmes de plus 30 ans et peut concerner jusqu'à 60 % des femmes noires à partir de 35 ans. Nous avons initié, ce travail dans l'objectif décrire les hystérectomies dans le service de Gynécologie de l'Hôpital du Mali.

Notre étude était rétrospective et prospective descriptive allant du 1^{er} décembre 2017 au 30 septembre 2018 réalisée dans le service de Gynécologie de l'hôpital du Mali.

L'étude a concerné 70 cas d'hystérectomies sur 337 interventions gynécologiques, soit une prévalence globale de (21,36%). La tranche d'âge de 50 ans et plus soit (57,14%) a été la plus touchée. L'âge moyen était de 49 ans avec des extrêmes de 20 et 54 ans. Le motif de consultation le plus fréquent a été la douleur pelvienne avec (30%). Les multipares représentaient (60%). Le fibrome utérin était le diagnostic le plus retenu avec (35,71%). La voie abdominale représentait

(71%) contre (29%) pour la voie basse. L'hystérectomie totale inter-annexielle a été plus pratiquée dans (60,03%) des cas suivie de l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale dans (39,97 %). Les complications immédiates bien que rares étaient dominées par les plaies vésicales dans (2,8%) et la ligature des uretères également dans (2,8%). Les complications tardives ont été marquées par la dyspareunie dans (1,43%). La quasi-totalité des patientes ayant reçu une hystérectomie étaient satisfaites soit (97,14%); et (84,2 %) des opérées affirmaient avoir une vie sexuelle satisfaisante.

La principale étiologie de l'hystérectomie a été le fibrome utérin. Cette hystérectomie était plus pratiquée par voie abdominale. Cependant les alternatives de la voie laparoscopique doivent être envisagées.

Mots clés : Hystérectomie gynécologique-étiologie – Hôpital du Mali.

Abstract

Hysterectomy is indicated mainly for uterine fibromatosis which is a real public health problem. Indeed, myomas develop in 20 to 25% of women over 30 years old and can affect up to 60% of black women from 35 years old. We had initiated this work with the aim of studying hysterectomies in the Gynecology department of the Mali Hospital.

Our study was retrospective and prospective descriptive ranging from December 1, 2017 to September 30, 2018 carried out in the Gynecology department of the Mali hospital.

The study concerned 70 cases of hysterectomies out of 337 gynecological procedures, i.e. an overall prevalence of (21.36%). The age group 50 years and over (57.14%) was the most affected. The average age was 49 with extremes of 20 and 54. The most frequent reason for consultation was pelvic pain (30%). Multiparas represented (60%). Uterine fibroid was the most accepted diagnosis with (35.71%). The abdominal route represented (71%) against (29%) for the lower route. Inter-adnexal total hysterectomy was most performed in (60.03%) of the cases followed by total hysterectomy with bilateral adnexectomy in (39.97%). Immediate complications, although rare, were dominated by bladder wounds in (2.8%) and ligation of the ureters also in (2.8%). Late complications were marked by dyspareunia in (1.43%). Almost all of the patients who received a hysterectomy were satisfied (97.14%); and (84.2%) of operated patients claimed to have a satisfactory sex life.

The main etiology of hysterectomy has been uterine fibroid. This hysterectomy was more performed abdominally. However, alternatives to the laparoscopic route should be considered.

Keywords: Gynecological hysterectomy, etiology ,Mali Hospital

Introduction

L'hystérectomie est l'ablation chirurgicale de l'utérus emportant généralement le corps et le col de l'organe [1]. Cette ablation de l'utérus peut se faire par voie abdominale classique ou par voie vaginale, et, actuellement, elle peut se faire par la cœliochirurgie [1]. 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 [2].

En Afrique l'hystérectomie est indiquée principalement pour la fibromateuse utérine. Elle est réalisée tardivement à cause des difficultés d'accès aux soins, et parfois les réticences des patientes face à la médecine conventionnelle. Ceci conduit au développement de volumineux fibromes. [3].

La pathologie fibromateuse utérine très fréquente en Afrique représente un réel problème de santé publique [4] En effet, les myomes se développent chez 20 à 25 % des femmes de plus 30 ans et peut concerner jusqu'à 60 % des femmes noires à partir de 35 ans [4].

Les indications d'hystérectomie pour néoplasie cervicale en Afrique et surtout au Mali sont limitées compte tenu des retards au diagnostic et à la prise en charge [5].

Dans notre contexte au Mali, la procréation a une grande importance. L'aménorrhée et l'infertilité post-hystérectomie peuvent être à l'origine de réels problèmes psycho-sociaux. Même 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. Ces raisons ont suscité en nous l'intérêt de mener la présente étude qui avait pour objectif de décrire les hysterectomies pour les étiologies gynécologiques dans le service de gynécologie de l'hôpital du Mali.

Patients et Méthodes

Il s'agissait d'une étude descriptive portant sur le recueil rétrospectif et prospectif des données de toutes les patientes qui avaient bénéficié d'une hystérectomie dans le service de gynécologie de l'hôpital du Mali du 1^{er} décembre 2017 au 30 Septembre 2018.

Étaient inclus dans ce travail toute patiente quel que soit, ayant subi une hystérectomie pour les fibromes

Les variables de l'étude ont été collectés par une fiche d'enquête complétée par les dossiers de malade, les fiches d'anesthésie, le registre de compte rendu opératoire, le compte rendu des examens anatomiques et pathologiques.

Les décisions de l'hystérectomie ont été argumentées par les gynécologues dans la plus part des cas sur la base des données cliniques (métrorragies rebelles, anémie sévère, incontinence d'urine, prolapsus génital, volume excessif des noyaux fibromateux, douleur pelvienne invalidante...)

Un dépistage du cancer du col par les méthodes d'inspections visuelles IVA/IVL (inspection visuelle à l'acide acétique et au Lugol) a été pratiqué chez toutes les patientes avant la pratique de l'hystérectomie.

Toutes les hystérectomies ont été programmées et pratiquées après une consultation pré anesthésique sur la base d'un bilan pré opératoire et des examens d'imagerie médicale.

Un suivi sur un an a été fait par des examens cliniques périodiques, et par des appels téléphoniques afin de noter les informations. La reprise de l'activité sexuelle était conseillée trois mois après l'hystérectomie. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées par le logiciel épi info version 7.2

Résultats

L'étude avait concerné 70 cas d'hystérectomies sur 337 interventions gynécologiques une fréquence 21,36%.

L'âge moyen était de 49 ans avec des extrêmes de 20 et 50ans et plus. Les mariées monogames étaient majoritaires avec 47,1%. Les multipares étaient majoritairement représentés avec 58,57 % Les principales indications sont le fibrome utérin, les meno-métrorragies rebelles, l'adénomyose utérine (2,86%), le choriocarcinome, la néoplasie du col de l'utérus, le prolapsus utérin. L'antécédent de chirurgie abdominopelvienne a été retrouvé dans 42,8 %.Le dépistage du cancer du col était positif dans 20 %. La douleur pelvienne était le principal motif de consultation avec 30% suivie du prolapsus génital avec 28,5%. Le fibrome utérin était le diagnostic le plus retenu avec 35,7%(Tableaux I). La rachi anesthésie a été la méthode d'anesthésie la plus utilisée avec 82%. La voie abdominale a été pratiquée dans 71% contre 29% pour la voie basse. L'hystérectomie inter annexielle a été le type d'hystérectomie la plus pratiquée avec 60,03% suivie de l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale dans 39,97 % (Tableaux II). La colpo-hystérectomie élargie a été pratiquée dans 2,8%. La transfusion sanguine a concernée 21,4% des patientes. Les complications immédiates bien que rares étaient dominées par les plaies vésicales dans 2,8% et la ligature des uretères également dans 2,8%(Tableaux III).

Les complications tardives ont été marquées par la dyspareunie dans 1,43%. La quasi-totalité des patientes ayant reçu une hystérectomie étaient satisfaites soit 97,14% ; et 84,2 % des opérées affirmaient avoir une vie sexuelle satisfaisante.

Tableaux I : Répartition des patients selon les indications d'hystérectomies

Indication	Fréquences	Pourcentage(%)
Fibrome utérin	25	35,71
Meno métrorragies rebelles	13	18,57
Adénomyose utérine	2	2,86
Chorio carcinome	1	1,43
Néoplasie du col de l'utérus	9	12,86
Prolapsus utérins	20	28,57
Total	70	100,00

Tableaux II : Répartition des patientes selon le type d'hystérectomie réalisé

Type d'hystérectomies	Fréquences	Pourcentages (%)
Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale	28	39,97
Hystérectomies totale inter-annexielle	42	60,03
Total	70	100,00

Tableaux III : Répartition des patientes selon les complications immédiates

Complications immédiate	Fréquences	Pourcentages (%)
Plaie vésicale	1	1,43
Ligature des uretères	1	1,43
Aucune	68	97,14
Total	70	100,00



Figure 1 : Image d'hystérectomie pour myome

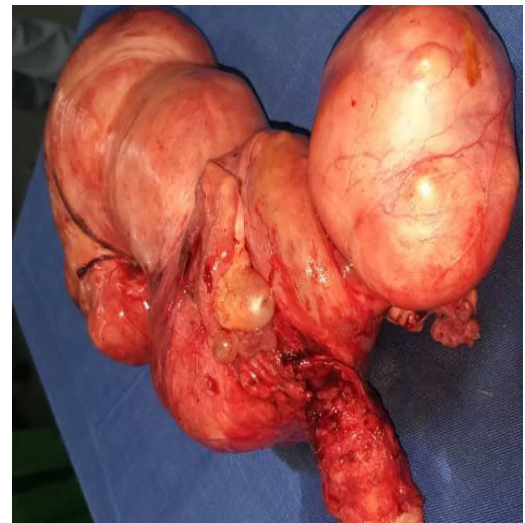


Figure 2 : Image d'hystérectomie pour poly intra cavitaire myomateuse utérine



Figure 3 : Image d'hystérectomie



Figure 4 : Image d'hystérectomie pour choriocarcinome avec annexectomie



Figure 5 : image de prolapsus utérin de 3^{ème} degré

Discussion

Cette étude avait noté les principales indications de l'hystérectomie pour les pathologies gynécologiques car l'hôpital du Mali ne pratique pas d'accouchement. Ce qui explique que nous n'avons pas pratiqué d'hystérectomies pour des indications obstétricales.

Durant la période d'étude nous avons colligés 70 cas d'hystérectomies sur 337 interventions chirurgicales soit une fréquence de 20,7%. Cette fréquence est supérieure celle de Baldé IS et al à Conakry qui rapportaient une fréquence de 4,4% sur 7 639 interventions gynécologiques et obstétricales [6]; celle de Nzau et al en République Démocratique du Congo (RDC) 13,34 % [7], et aussi à celle d'Abaueth et al en Côte d'Ivoire 3,20 % [8]. Nous expliquons cette différence par le fait que ces auteurs ont pris en compte toutes les hystérectomies obstétricales et gynécologiques. Notre étude n'a concerné que les hystérectomies pratiquées pour raison gynécologiques; car l'hôpital du Mali dans sa conception ne dispose n'a pas de service d'obstétrique de salle d'accouchement.

L'âge moyen de nos patientes était de 49 ans avec des extrêmes de 20 et 50ans; il était de 45,5 ans pour Baldé et al [6].

Nous avons réalisée 2,86% d'hystérectomie chez des patientes de moins de 30 ans pour adénomyose utérine invalidante et rebelle au traitement médical. Ceci explique la survenue à un âge précoce de cette affection. Ces patientes interrogées sur la question de la fertilité avant l'hystérectomie témoignaient qu'il était préférable de vivre sans douleur chronique que de vivre avec des douleurs en désirant une grossesse. Interrogées en post opératoire elles affirmaient de ne pas regretter la décision de l'hystérectomie.

Les mariées monogames étaient majoritaires avec 47,1%. Ce taux était nettement inférieur à celui Baldé et al [6]; de Gueye M et al à Dakar [9] qui rapportaient respectivement 75,7 et 81,4 %. Dans notre étude, 4,29 % des patientes étaient des nullipares comparativement à Baldé [6] et de Téguté [10] qui rapportaient respectivement 9,26 et 8,7%. Les multipares

représentaient 58,57 % contre 33% rapporté par de Baldé et al [6].

Notre taux d'antécédents de chirurgie abdominopelvienne était de 42,8 %. Ce taux est supérieur à ceux de Baldé en Guinée, Chenouffi et al en Tunisie qui rapportaient respectivement 20,40 et 17,5% [6] [11] mais inférieur à celui de Nzau et al (51,21 %) [7].

L'utérus étant considéré comme le symbole de la féminité, son ablation peut être cause d'un véritable handicap psycho-social. Ce constat avait fait accuser un retard non seulement à la consultation mais aussi à la prise en charge. Dans notre étude plusieurs consultations avaient été faites avant l'admission à l'hôpital non seulement dans les centres secondaires que chez les tradi-praticiens. La douleur pelvienne était le principal motif de consultation avec 30% suivie du prolapsus génital avec 28,5%. Ce taux était inférieur à celui de Baldé et al (62,8 %) [6] ; mais supérieur à celui de Nzau (20,1%) [7].

Les indications étaient essentiellement dominées par les lésions bénignes comme dans la plus part des séries [1], [2], [6], [10]. Dans notre travail, le fibrome utérin était la principale indication avec 35,7% suivie du prolapsus 28,5%. Malgré l'absence d'hystérectomie en période gravidopuerpérale dans notre série ; nos taux étaient comparables à ceux de Baldé [6] et de Mitsumgou [[12] qui rapportaient respectivement 39,6% et 36%. Cette indication pour fibrome avait concerné 57,1% des patientes dans l'étude de Gueye à Dakar [9].

L'hystérectomie par abord abdominale concernait 71% de nos patientes. Ce taux est comparable à ceux d'Abouleth en Côte d'Ivoire (84,26 %) [8] et Bambara au Burkina (77,9 %) [13]. Ceci s'expliquerai par le caractère urgent des admissions, les antécédents de chirurgie abdominopelviennes et par la taille excessive de l'utérus.

L'hystérectomie par abord vaginale dans étude avait concerné 29% des patientes. Bambara au Burkina notait 21,2 % pour cette voie d'hystérectomie [13]. Dans les pays développés, contrairement aux nôtres en voie de développement, on assiste à une régression de la voie abdominale au profit des voies vaginales et percœlioscopiques. Ceci s'explique par le retard l'équipement des centres en colonnes de cœlio chirurgie et de formations du personnel. Les voies d'abord cœlioscopiques ou coelio-assistées présentent des avantages sur le plan esthétique, sur la durée d'intervention mais aussi sur le vécu postopératoire comparées à la voie abdominale.

Dans notre étude l'hystérectomie inter annexielle a été le type d'hystérectomie la plus pratiquée (61,4%) suivie de l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale (38,57%). Nous n'avons pas réalisé d'hystérectomie sub totale. Baldé et al en Guinée ont rapportés 95 % d'hystérectomie totale et 5 % de subtotale [6]. Nous pensons que les subtotaux sont décidées à cause des urgences surtout pour les hystérectomies obstétricales et par les difficultés de réaliser une hystérectomie totale.

Au Burkina Faso, Dao [14] retrouvait dans son étude, 48,2% d'hystérectomie subtotale contre 38,3% d'hystérectomie totale. Il a expliqué cette tendance de l'hystérectomie sub totale par les hystérectomies obstétricales décidées en urgence. Toutes les patientes dans notre étude ont bénéficiées du dépistage du cancer du col contrairement à l'étude de Baldé [6] en Guinée et de Dao [14] au Burkina qui n'ont signalés ce dépistage avant la réalisation de l'hystérectomie. La colpo-hystérectomie élargie dans étude a été pratiquée dans 2,8% pour néoplasie du col.

L'anesthésie loco régionale a été le type d'anesthésie la plus pratiquée (82%). Elle est la plus recommandée dans les hystérectomies pour pathologie gynécologiques en l'absence de toutes contre-indications.

Les complications immédiates bien que rares étaient dominées par les plaies vésicales dans 2,8% et la ligature des uretères également dans 2,8% prises en charge secondairement. Les hémorragies en per opératoire avaient été les complications les plus fréquentes au cours de la voie abdominale, rapportaient Baldé, Nzau, et Chenouffi [6] [7] [11]. Les complications post opératoires dans notre étude ont été dominées par l'infection du site opératoire avec 1,4%. Nzau et al.[7], notaient 28,33 %, probablement dues aux interventions faites en urgence.

Nous n'avons pas enregistré de cas de décès dans notre série ; même constat pour Chenouffi en Tunisie [11]. La mortalité était respectivement de 18,5% et 10,5% pour Nzau et Gueye [7] [9] Tous les examens anatomiques et pathologiques ont été précisés pour chaque pièce en post opératoire dans notre étude. Nous avons retrouvés 86,5% de léiomyomes, 9,5% d'adénomyose utérine 2,5% de néoplasie cervicale et 1,5 % de cancer de l'endomètre.

La durée d'hospitalisation dans notre étude était 3 à 5 jours tandis que Chenouffi et al.[11], en Tunisie, ont rapporté dans leur série un séjour de 5 à 7 jours après hystérectomie abdominale. De façon générale ce séjour était influencé par les suites opératoires et le type d'hystérectomie.

La quasi-totalité des patientes ayant reçu une hystérectomie dans notre étude étaient satisfaites.

L'intervention rassure les femmes et améliore leur bien-être : c'est le reflet indirect de la pertinence de l'indication opératoire. La dyspareunie a été notée chez 1,43% des patientes ; tandis que Gueye notait dans sa série 23 %. [9]

L'utérus étant l'organe responsable de la féminité, la sexualité et la maternité ; son ablation est perçue par certaines patientes comme une

amputation. Cette altération corporelle induite par l'hystérectomie peut créer un conflit entre l'image réelle du corps et l'image inconsciente (idéale). Cette nouvelle vision du « Moi », négative de surcroît, influence le vécu de l'hystérectomie. A cela s'ajoute le regard du conjoint qui est un élément qui pèse considérablement sur le moral des patientes. Un soutien psychologique de l'entourage proche constituerait un mécanisme d'adaptation à cette nouvelle vie.

Pourtant au-delà de ce vécu difficile, la grande majorité de nos patientes (97,14%) affirmait ne pas regretter d'avoir reçu une hystérectomie qui les a soulagées de symptômes invalidants. Par rapport à l'activité sexuelle 84,2 % des opérées affirmaient avoir une satisfaction sexuelle post hystérectomie.

Conclusion

Les étiologies de l'hystérectomie sont dominées par les lésions bénignes. La fréquence élevée de la voie abdominale se justifie par les adhérences chirurgicales et le volume de l'utérus. Les complications ont été rares à cause du caractère prophylactique de l'hystérectomie.

*Correspondance

Mamadou Bakary Coulibaly

mbccolby1@yahoo.com

Disponible en ligne: 25 Janvier 2020

1. Service de gynécologie *l'hôpital du Mali*, Bamako, Mali
2. Service d'anesthésie et de réanimation de *l'hôpital du Mali*, Bamako, Mali
3. Service d'Imagerie médicale de *l'hôpital du Mali*, Bamako, Mali
4. Service de Gynécologie-Obstétrique CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt: Aucun

Référence

- [1] Deffieux X, Huel C, Cosson M. Hystérectomies subtotaux: données récentes et implications pratiques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2006;35:10-5.
- [2] Mamy L, Letouzey V, Chevalier N, Gondry J, Mares P, de Tayrac R. Séquelles vésicophinctérienne, anorectales et génitosexuelles de l'hystérectomie. *Pelv Perineol*, 2009; 4:22-30.
- [3] Goudard Y., Canel V, Goin G, Pauleau G, Savoie P.-H, Hornez E, Bordes J, Bertani A, Balandraud P, Bonnet S. : Indications et technique chirurgicale de l'hystérectomie subtotale pour un chirurgien généraliste en situation isolée avec des ressources limitées. *Médecine et Santé Tropicales* 2015 ; 25 : 352-357
- [4] Subtil D, Cosson M, Vinatier D : Epidémiologie des Hystérectomies ; Hystérectomies pour pathologies bénignes. Masson, Williams & Wilkins Paris-France; 1997: 151-9.
- [5] Kosary CL, Reis LAG, Miller BA, Hankey BF, Harras A, Edwards UK : SEER cancer statistics review, 1973-1992: tables and graphs, Md: National Cancer Institut. 1995 ; 171-81. (NIH publication N° 95. 2789)
- [6] I.S. Baldé, T. Sy, B.S. Diallo, Y. Diallo, M.N. Mamy, M.H. Diallo, E.M. Bah, T.S. Diallo, N. Keita Les hystérectomies au CHU de Conakry : caractéristiques sociodémographiques et cliniques, types, indications, voies d'abord et pronostic *Médecine et Santé Tropicales* Vol 24, numéro 4, Octobre-Novembre-Décembre 2014
- [7] Nzau N.E., Mboloko E., Tandu-Umba N.F.B., Lokengo L.D. Hystérectomie aux cliniques Universitaire de Kinshasa : de 2002 à 2010. *Med Afr Noire*. 2012;59:221-230.
- [8] Abauleth R., Yesufu A., Bokossa M. Hystérectomies à la Maternité du CHU de Cocody, Indications et résultats à propos de 108 cas colligés de 2001 à 2002. *Med Afr Noire*. 2005;52:567-571.
- [9] M, Diouf Aa, Cisse A, Coulbary As, Moreau Jc, Diouf A Conséquences de l'hystérectomie au centre hospitalier national de Pikine à Dakar Gueye *Tunisie Médicale* - 2014 ; Vol 92 (n°010) : 635-638
- [10] Teguete I, Kouma A., Mounkoro N. *et al.* Les hystérectomies dans le service de gynécologie et Obstétrique de l'hôpital national du point G à Bamako (Mali). Abstract du 7^e congrès de la SAGO. Bamako 2003.
- [11] Chennoufi B., Bentemime R., Aissata B.S., Abode A. Etude analytique de 240 hystérectomies. *Maghreb Médical*. 2003;23.
- [12] Mitsingou J.C., Goma P. Bilan des hystérectomies abdominales pour les lésions bénignes : A propos de 533cas colligés dans le service de chirurgie viscérale et Gynécologique de l'hôpital A. Sice de Pointe-Noire (Congo). *Med Afr Noire*. 1993;40:591-593.
- [13] Bambara M., Yaro S., Ouattara S. Les hystérectomies dans une maternité de référence en milieu africain: A propos de 385 cas au CHNSS de Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso). *Med Afr Noire*. 2007;54:401-405.
- [14] Dao B, Touré B, Sano D, Bambara M. Les hystérectomies en zone tropicale: expérience d'une maternité africaine. A propos de 141 cas au Burkina Faso. *Tunis Med*, 2001; 79:47-50.

Pour citer cet article:

M B Coulibaly, A Traoré, M A Camara, A Togo, A Sangaré, I Ongoiba, K Timbine, A Sidibé, A Guindo, N Mounkoro, I Teguete, Y Traoré, M Touré . Les étiologies gynécologiques des hystérectomies à l'hôpital du Mali à propos de 70 cas .*Jaccr Africa* 2020; 4(1): 78-85.