

# UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

\*\*\*\*\*

## FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE

\*\*\*\*\*



ANNEE : 2019

N° 168

### ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DES HYSTERECTOMIES D'HEMOSTASE AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE EN CINQ ANS (1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 décembre 2018)

#### MEMOIRE

#### POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Présenté et soutenu publiquement

Le 05 Août 2019

Par

**Dr Soumaihat AHMED SOILIHI**

**Née le 01 Mars 1982 à Moroni**

#### MEMBRES DU JURY

<b>Président :</b>	M.	Alassane DIOUF	Professeur titulaire
<b>Membres</b>	M	Djibril DIALLO	Maître de conférences agrégé
	Mme	Mariétou THIAM	Maître de conférences agrégé
<b>Directeur de Mémoire :</b>	M.	Abdoul Aziz DIOUF	Maître de conférences agrégé
<b>Co-directeur de mémoire :</b>	M.	Moussa DIALLO	Maître-assistant

## **DEDICACES**

Je dédie ce travail :

- A la mémoire de mes deux grand mères Natacha et Moina Aicha ABDOULKARIM, Que Dieu vous récompense pour votre amour et votre bonté envers moi
- A mon père et à ma mère

Sans eux je ne serais pas présente en ce jour ; et à cette femme qui n'a cessé de se battre pour mon bien être et qui continue toujours de le faire

Ce travail est le résultat de vos prières et de vos sacrifices.

- A mon époux

Toi qui a tout laissé derrière toi, travail et famille, rien que pour m'accompagner, m'encourager et m'aimer dans cette rude bataille que j'ai mené. Que Dieu te donne une longue vie.

- A mes enfants : Adhan, Natacha, Aicha, Dhuria, Nouhayla et Nouhayra

Vous êtes ma raison de vivre. Qu'Allah le tout puissant vous accorde une longue et heureuse vie.

- A mes frères et sœurs et beaux-frères: Hasna, nisrine, taissir, souami, housseine, Thierry et rahma

Puissions-nous rester toujours aussi unis dans la tendresse et solidaire dans la vie.

- A mes cousins : Halim, Ismail

Votre soutien a été infaillible durant ces quatre années.je vous suis éternellement reconnaissante

- A Dr Yahya GAZHI et Dr SAMBA pour leur soutien moral et financier durant tout mon séjour au Sénégal

- A mes amies : Angélique Rivière, Hadidja, Sitti Mmadi

Les mots me manquent pour vous témoigner toute mon affection.

- A tous mes camarades de la promotion sortante 2019 et autres :

Matty, sokhna, Margarita, Bella, Christelle, Ayan, Natty, Monique, Simone, Boura, Mansour, Guy, Salma, Ndama, Aliou Diouf.....

Qu'Allah le tout puissant vous accorde une longue vie et une brillante carrière.

## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons d'abord à remercier Allah le Tout Puissant et Miséricordieux, qui m'a guidé dans ce chemin et grâce à qui j'ai pu l'accomplir.

J'exprime toute ma reconnaissance et ma gratitude au Sénégal qui m'a accueilli et à l'ensemble du corps enseignant de la chaire de gynécologie obstétrique de l'UCAD pour leurs efforts à nous garantir une formation théorique et pratique.

Nous souhaitons adresser nos remerciements les plus sincères aux personnes qui nous ont apportées leur aide et qui ont contribuées de près ou de loin à notre encadrement plus particulièrement :

- Au Professeur Alassane DIOUF et tout le personnel du service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier national de Pikine,
- Au Professeur Abdoul Aziz DIOUF, le Docteur Moussa Diallo et tout le personnel de la maternité du centre hospitalier national de Pikine
- A tous les enseignants, gynécologues et personnel de la maternité du centre hospitalier national de Pikine.

Un grand merci à Madame Pouye pour sa sympathie et sa disponibilité  
Merci à tous les étudiants en spécialisation gynécologie obstétrique  
A tous les internes des hôpitaux de la gynécologie obstétrique.

**A NOS MAITRES ET  
JUGES**

**A notre Maître, Président du Jury**  
**Le Professeur Titulaire Alassane DIOUF**

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme Président de notre jury de Mémoire. Nous avons eu l'occasion de vous côtoyer et avons eu à retenir plusieurs leçons de vous tant sur le plan médical qu'humain. Votre rigueur scientifique, vos qualités de formateur et votre goût du travail bien fait ne sont plus à démontrer. Malgré la distance qui nous séparera, ma manière d'être se rattachera toujours à vous et à la clinique gynécologique et obstétricale.

Soyez assuré, Cher Maître, de notre profond respect et de notre éternelle reconnaissance.

**A notre Maître et Juge**

**Le Maître de Conférences Agrégé Mariétou THIAM**

Nous voudrions vous remercier d'avoir consenti à siéger dans notre jury de thèse.

Nous vous sommes redevables d'un enseignement très riche aussi bien sur le plan médical que sur le plan humain .Vous serez pour nous des exemples Que vous trouvez ici nos remerciements sincères et notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et Juge**

**Le Maître de Conférences Agrégé Djibril DIALLO**

Vous nous faites l'honneur d'accepter de siéger à notre jury de mémoire et nous vous en remercions.

Avoir travaillé avec vous a été un honneur. Votre disponibilité, votre spontanéité et vos compétences nous ont permis d'acquérir un enseignement très riche.

Veuillez trouver dans ce mémoire l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

**A notre Maître et Directeur de Mémoire**

**Le Maître de Conférences Agrégé Abdoul Aziz DIOUF**

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail. Votre rigueur sans égale, votre goût du travail bien fait, votre piété ainsi que votre humanisme nous ont particulièrement marqués depuis nos premiers pas en gynécologie.

Nous ne trouverons jamais assez de mots pour vous témoigner toute notre reconnaissance et toute notre estime !

Puisse Dieu vous bénir et répandre Ses grâces sur vous et tous les vôtres !

**A notre Maître et Co-directeur de Mémoire**

**Le Maître-Assistant MOUSSA DIALLO**

Vos conseils avisés et votre soutien surtout dans les moments difficiles ont été d'un grand apport dans la réalisation de ce travail.

Vous avez su trouver les mots pour nous encourager et nous redonner le sourire.

Votre simplicité et votre esprit d'ouverture nous ont particulièrement impressionnés. Travailler avec vous a été un honneur.

Veillez trouver ici, Cher Maître, l'expression de nos sentiments respectueux et de notre reconnaissance.

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>HPPI</b>	: Hémorragie du Post-Partum Immédiat
<b>HH</b>	: Hysterectomie d'Hémostase
<b>HELLP</b>	: Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelet count
<b>CHNP</b>	: Centre Hospitalier National de Pikine
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalier Universitaire
<b>AMIU</b>	: Aspiration Manuelle Intra-Utérine
<b>CPN</b>	: Consultation Prénatale
<b>OC</b>	: Opération Césarienne
<b>HTA</b>	: Hypertension Artérielle
<b>MFIU</b>	: Mort Fœtale In Utéro
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>CNGOF</b>	: Collège Nationale des Gynécologues Obstétriciens Français
<b>ASGO</b>	: Association Sénégalaise des Gynécologues et Obstétriciens
<b>ml</b>	: millilitre
<b>L</b>	: litre
<b>%</b>	: pourcent
<b>DES</b>	: Diplôme d'étude supérieure

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I: Fréquence des hystérectomies par année .....	18
Tableau II: Répartition des patientes selon les antécédents gynécologiques et Obstétricales.....	21
Tableau III: Répartition selon l'état clinique à l'entrée.....	22
Tableau IV: Répartition selon la présentation du fœtus .....	22
Tableau V: Répartition selon le globe utérin .....	23
Tableau VI: Répartition des pathologies maternelles.....	23
Tableau VII: Répartition selon le score d'Apgar .....	24
Tableau VIII: Répartition selon le mode d'accouchement .....	24
Tableau IX: Répartition selon l'utilisation de ballonnet.....	24
Tableau X: Répartition selon les résultats de l'examen sous valve .....	25
Tableau XI: Répartition selon la ligature artérielle .....	25
Tableau XII: Répartition des patientes selon l'indication de l'hystérectomie....	25
Tableau XIII: Répartition selon le type d'hystérectomie .....	26
Tableau XIV : Incidence des hystérectomies selon les pays .....	28
Tableau XV : Variations de l'âge selon les pays.....	29
Tableau XVI : Mort fœtale selon les pays .....	33
Tableau XVII : Indications des hystérectomies selon les pays.....	34
Tableau XVIII : Types d'hystérectomie selon les pays.....	35
Tableau XIX : Pronostic maternel selon les pays.....	36

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Rapports anatomiques de l'utérus gravide .....	4
Figure 2: Anatomie de l'utérus .....	5
Figure 3: Anatomie du pelvis .....	5
Figure 4: Vascularisation de l'utérus .....	6
Figure 5 : Différents types d'hystérectomie .....	8
Figure 6 : Instruments d'hystérectomies .....	9
Figure 7 : Ligature section des ligaments ronds .....	10
Figure 8 : Ligature section des pédicules ovariens .....	10
Figure 9 : Décollement vésico-vaginal .....	11
Figure 10 : Dégagement du pédicule utérin .....	11
Figure 11 : Ouverture vaginale.....	12
Figure 12: Répartition des patientes selon l'âge .....	19
Figure 13: Répartition des patientes selon la parité .....	19
Figure 14: Répartition des patientes selon le nombre de CPN .....	20
Figure 15: Répartition des patientes selon le mode d'admission.....	21
Figure 16: Répartition selon l'âge de grossesse .....	22
Figure 17: Répartition selon le délai entre l'accouchement et l'HH. ....	26
Figure 18: Répartition des pathologies associées aux décès maternels .....	27

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION .....</b>	1
<b>PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR L'HYSERECTOMIE</b>	
<b>D'HEMOSTASE .....</b>	3
<b>1. DEFINITION .....</b>	4
<b>2. RAPPELS ANATOMIQUES DE L'UTERUS GRAVIDE .....</b>	4
<b>3. EPIDEMIOLOGIE .....</b>	7
<b>4. INDICATIONS .....</b>	7
<b>5.TECHNIQUES OPERATOIRES .....</b>	8
<b>6. PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE .....</b>	13
<b>DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE .....</b> 15	
<b>1.OBJECTIFS.....</b>	16
1.1.Objectif général .....	16
1.2.Objectifs spécifiques .....	16
<b>2. SITE DE L'ETUDE .....</b>	16
<b>3. METHODOLOGIE.....</b>	16
3.1.Type et période d'étude.....	16
3.2. Population d'étude.....	16
3.2.1. Critères d'inclusion .....	17
3.2.2. Critères d'exclusion.....	17
3.3. Collecte de données et saisie .....	17
3.4. Analyse de données .....	17
<b>4.RESULTATS .....</b>	18
4.1. Prévalence .....	18
4.2. Profil socio-épidémiologique .....	18
4.2.1. Age maternel .....	18
4.2.2. Parité.....	19
4.2.3. Nombre de consultation prénatale .....	20

4.2.4. Antécédents gynécologiques et obstétricaux.....	20
4.3. Situation clinique actuelle .....	21
4.3.1. Mode d'admission .....	21
4.3.2. Etat clinique au moment de l'indication opératoire .....	21
4.3.3. Examen obstétrical .....	22
4.3.4. Pathologies maternelles.....	23
4.3.5. État du nouveau-né à la naissance.....	23
4.4. Prise en charge.....	24
4.4.1. Voie d'accouchement.....	24
4.4.2. Traitement déjà entrepris avant l'hystérectomie .....	24
4.5. Indications de l'hystérectomie d'hémostase .....	25
4.5.1. Type d'hystérectomie réalisée.....	25
4.5.2. Délai supposé entre l'accouchement et l'intervention .....	26
4.6. Pronostic .....	27
<b>5. DISCUSSION-COMMENTAIRE .....</b>	<b>28</b>
5.1. Incidence .....	28
5.2. Age .....	29
5.3. Parité.....	30
5.4. Nombre de consultation prénatale.....	30
5.5. Antécédents gynécologiques et obstétriques.....	31
5.6. Situation clinique actuelle .....	31
5.6.1. Mode d'admission .....	31
5.6.2. État hémodynamique à l'entrée .....	31
5.6.3. Examen obstétrical .....	32
5.7. État du nouveau-né à la naissance.....	33
5.8. Prise en charge.....	33
5.8.1. Voie d'accouchement .....	33
5.8.2. Traitement déjà entrepris avant l'hystérectomie .....	33
5.8.3. Indications de l'hystérectomie .....	34

5.8.4. Type d'hystérectomie réalisée.....	35
5.8.5. Délai supposé entre l'accouchement et l'intervention .....	35
5.9. Pronostic .....	35
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>37</b>
<b>REFERENCES</b>	

## **INTRODUCTION**

L'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) constitue la première cause de mortalité maternelle dans le monde [1,2]. Elle est en soi une des hantises de l'obstétricien.

L'hystérectomie d'Hémostase (HH) est une étape clé de sa prise en charge, il s'agit d'une ablation chirurgicale de l'utérus afin de pouvoir juguler l'HPPI. Décision comportant de lourdes conséquences, découlant d'une situation menaçant la vie de la femme. Elle ne doit être pratiquée qu'en dernière solution [2,3].

L'HPPI reste un problème de santé publique et est source de mortalité et de morbidité maternelles non négligeables [4,5].

Les moyens de lutte sont limités et le taux de mortalité maternelle élevé [1].

De nouvelles techniques conservatrices telles que les ligatures vasculaires et les compressions utérines se développent et l'incidence de l'hystérectomie d'hémostase a nettement diminué dans les pays développés [5].

Dans notre service, on a eu recours plusieurs fois à cette solution radicale d'où notre intérêt à effectuer cette étude pour en connaître la fréquence, le pronostic, les facteurs favorisants, mettre en exergue les indications afin de proposer une meilleure prise en charge thérapeutique.

La transplantation utérine reste expérimentale dans certains pays [9].

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique réalisée au Centre Hospitalier National de Pikine allant du premier janvier 2014 au trente un décembre 2018 à propos de 52 cas.

A la fin de cette étude, nous allons pouvoir proposer des conduites à tenir appropriées afin de réduire l'incidence de cette intervention.

Notre étude comporte trois parties :

-la première partie concerne la revue de la littérature qui comprend des rappels anatomiques de l'utérus gravide, l'HPPI et l'HH.

-la deuxième partie est consacrée à notre étude proprement dite avec les matériels méthodes, résultats de l'étude, puis les discussions, commentaires et suggestions.

Une brève conclusion terminera notre travail.



**PREMIERE PARTIE :**  
**GENERALITES SUR L'HYSERECTOMIE**  
**D'HEMOSTASE**

## 1. DEFINITION

Intervention chirurgicale qui consiste en l'ablation de l'utérus le plus souvent avec conservation annexielle [7].

## 2. RAPPELS ANATOMIQUES DE L'UTERUS GRAVIDE

### 2.1. Caractères morphologiques (figure 1)

L'utérus gravide est constitué de trois segments étagés, différents morphologiquement et fonctionnellement, dont le corps utérin, le segment inférieur et le col utérin [6].

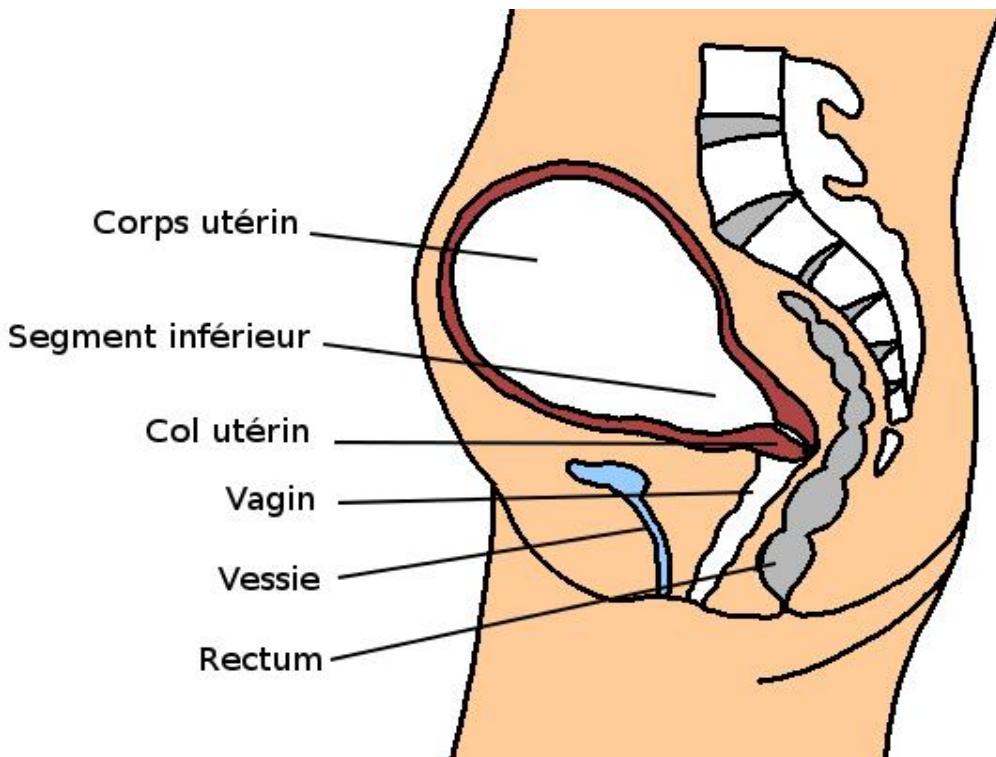
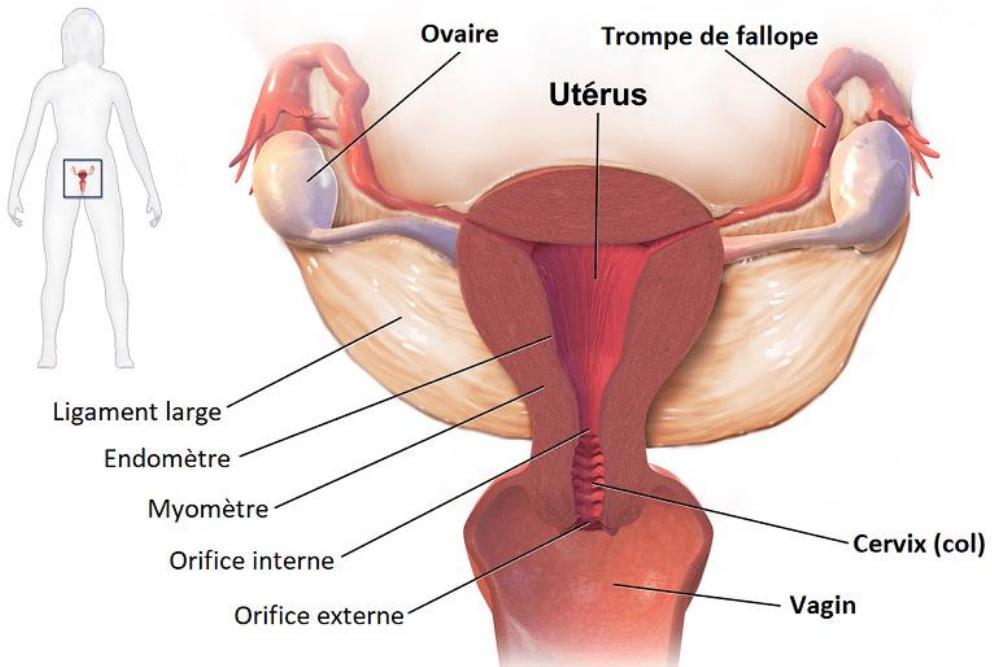


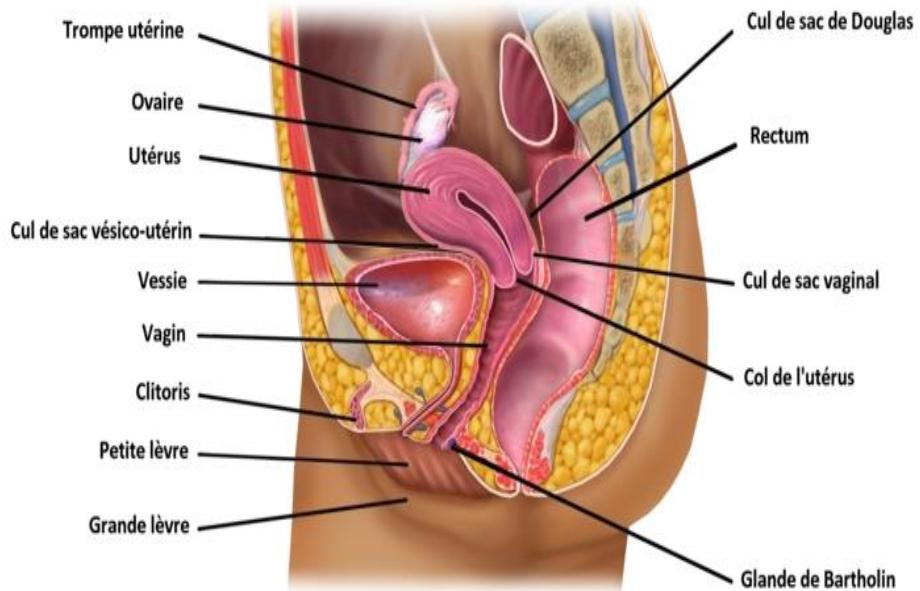
Figure 1: Rapports anatomiques de l'utérus gravide [6].

Du point de vue fonctionnel, l'utérus gravide peut être assimilé à un ensemble de muscles arciformes dont le corps constitue le ventre, le segment inférieur les tendons et le col les insertions. Le segment inférieur est un organe passif qui transmet et module les contractions du corps vers le col ; il se laisse distendre et favorise ainsi l'accommodation. Le col utérin protège l'œuf de l'infection exogène par sa sécrétion qui est le bouchon muqueux .



**Figure 2: Anatomie de l'utérus [6].**

## 2.2. Rapports anatomiques

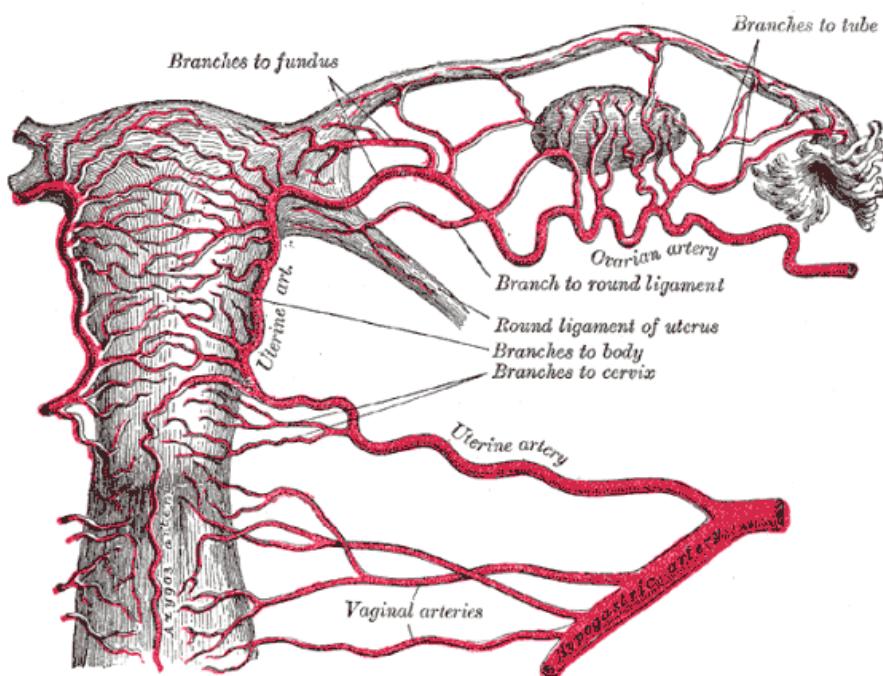


**Figure 3: Anatomie du pelvis [6].**

Pendant les premiers mois de grossesse, l'utérus est l'organe central de la cavité pelvienne chez la femme. Il est en rapport avec la vessie en avant et avec le rectum en arrière. Au terme de la grossesse, il est devenu abdominal et ses rapports anatomiques sont différents selon ses trois parties (10).

### 2.3. Vascularisation de l'utérus (figure 4)

La vascularisation artérielle de l'utérus gravide est assurée par les deux artères utérines droite et gauche, qui proviennent de l'artère iliaque interne. Ces artères abordent l'utérus à la jonction cervico-isthmique, puis elles donnent des branches cervicales et vaginales en direction ascendante, longeant la face externe de l'utérus dans le ligament large puis s'anastomose avec les branches terminales de l'artère ovarienne (10).



**Figure 4: Vascularisation de l'utérus [6].**

Elles subissent une augmentation de nombre et de volume plus considérable que celle des artères. Pourtant de nombreuses veines de calibre inférieur à celle du corps, cheminent dans la paroi du segment inférieur et dans le col. Une partie des veines du fond converge vers le pédicule tubo-ovarien et utéro-inguinal. La plupart des veines du corps et du col aboutissent au tronc collecteur latéro-utérin ; ceux-ci forment un important plexus veineux et un véritable corps caverneux

autour de l'uretère. En fin de gestation, les veines du myomètre sont particulièrement dilatées. Ce qui fait de l'utérus gravide une éponge veineuse et qu'une plaie produise donc essentiellement une hémorragie veineuse continue et abondante (10).

Le courant lymphatique principal est le groupe iliaque externe ; parmi eux, le ganglion de Leveuf et de Godard.

#### **2.4. Modifications histologiques**

Au cours de la grossesse, on note des modifications histologiques des tissus dont la séreuse, la muqueuse et la musculeuse :

La séreuse péritonéale s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle utérin.

La modification de la musculeuse concerne à la fois le tissu conjonctif et le tissu musculaire. Le tissu conjonctif devient très abondant, se dissocie en fines fibrilles et s'interpose entre les fibres musculaires ; tandis que le tissu musculaire est constitué de fibres musculaires fait de trois couches

L'endomètre au moment de la nidation est plus épaisse et en phase sécrétoire continue à s'hypertrophier au cours des quatre premiers mois et prend le nom de caduque (10).

### **3. EPIDEMIOLOGIE**

L'hémorragie du post-partum constitue la première cause de décès maternel au cours de l'accouchement, dans le monde et surtout dans les pays en voie de développement même du fait que la fréquence est sous-estimée. Elle touche environ 1% des femmes enceintes. Il s'agit d'une situation obstétricale grave et représente 11 à 25% des accouchements selon les séries. Elles sont responsables de 25 à 30% de mortalité maternelle dans les pays en voie de développement contre un taux plus inférieur dans les pays développés comme la France où celle-ci ne représente que 8% [1 ;10 ;20].

L'hystérectomie d'hémostase est exceptionnelle en Occident (0,013%), relativement rare en Afrique entre 0,07 et 5,4% et au Sénégal 0,45% [14,20].

C'est le traitement ultime de l'hémorragie du post partum.

### **4. INDICATIONS**

- **L'hémorragie de la délivrance** en particulier due à une inertie utérine non maîtrisé par le traitement médical et obstétrical classique.
- **Les anomalies d'insertion placentaire**

Le plus souvent il s'agit du Placenta accreta, increta et percreta [10, 13,15].

### - L'hématome rétro placentaire

L'utérus infiltré retrouve le plus souvent sa totale valeur fonctionnelle après évacuation. Cependant, une nécrose extensive et massive de l'utérus peut conduire à l'exérèse [13].

### - En cas de nécrose de l'hystérorraphie

Une Hystérectomie peut être réalisée dans le post-partum tardif [10].

### - Les ruptures utérines

L'étendue de l'atteinte traumatique est parfois telle que toute chirurgie conservatrice apparaît illusoire, voire dangereuse [13].

## 5. TECHNIQUES OPERATOIRES

### 5.1. installation

Patiante en décubitus dorsal, l'opérateur se met à droite de la patiente et deux aides en face de lui [10].

### 5.2. Types d'hystérectomie

Il existe trois sortes d'hystérectomies : conservatrice A, non conservatrice B, subtotale C, totale D [7].

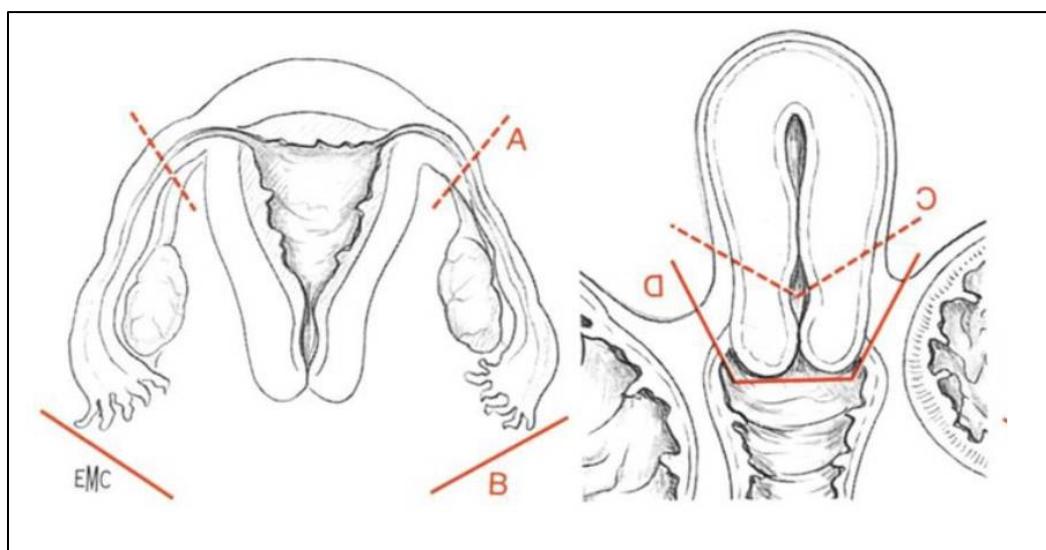


Figure 5 : Différents types d'hystérectomie [7].

### 5.3. Anesthésie

L'intervention peut être réalisée sous anesthésie générale avec intubation trachéale ou rachianesthésie dans certain cas [10, 12,13].

#### 5.4. Les instruments



**Figure 6 : Instruments d'hystérectomies [7].**

Les instruments utilisés sont : les écarteurs, les pinces à disséquer, les ciseaux, une valve sus pubienne, des pinces de Kocher, des pinces hémostatiques, porte aiguille, des pinces de Jean Louis Faure, un dissecteur, le bistouri électrique ect.

#### 5.5. Les techniques et temps opératoires

La voie d'abord peut être :

- Transversale en conservant la voie d'abord de la césarienne
- Médiane sous ombilicale si Obésité maternelle [7].

***Le premier temps est la ligature-section des ligaments ronds droit et gauche***

L'opérateur veillera à ne pas passer trop près de l'utérus car le pédicule est très gros avec risque de léser les grosses veines du méso. Cette ligature-section se fera environ à 3 cm de l'insertion utérine.

Ensuite ouvrir le feuillet antérieur du ligament large puis faire une traction utérine vers le haut pour bien exposer la face postérieure.

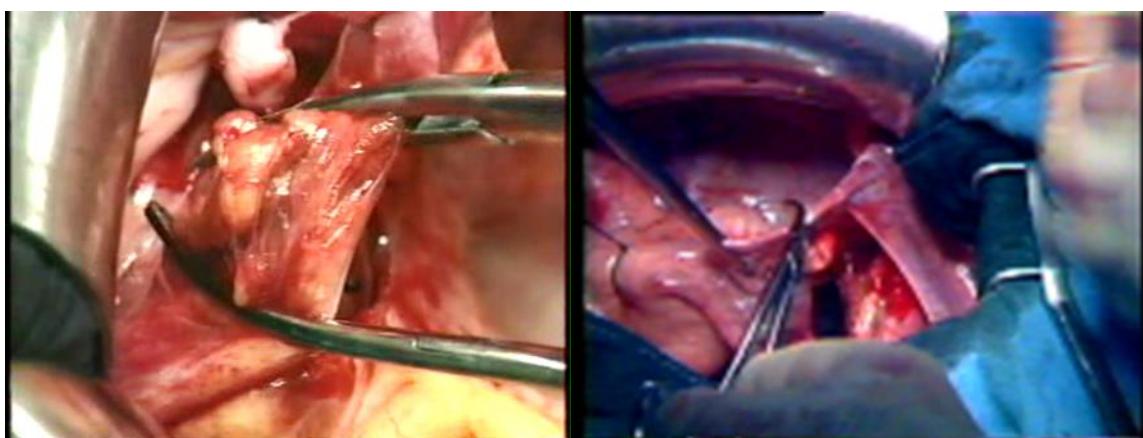


**Figure 7 : Ligature section des ligaments ronds [7].**

On réalise ensuite une ligature section des pédicules utéro-ovariens et tubaires. La ligature sera simple ou double en fonction des habitudes et de l'expérience de l'opérateur.

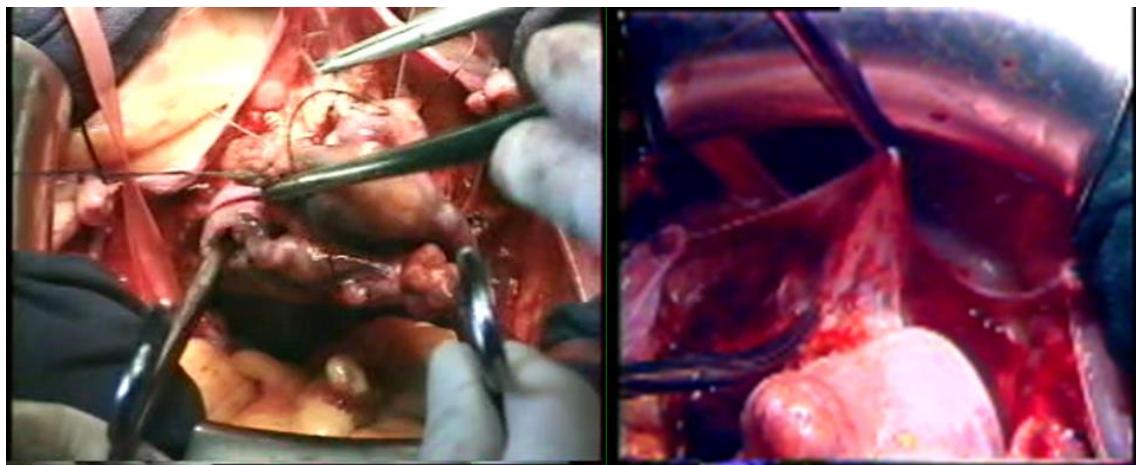
Un nœud de Meunier sera volontiers réalisé afin d'optimiser la solidité de l'hémostase. La mise en place d'une pince de Kocher longue, verticalement sur la corne utérine, assure l'indispensable hémostase de retour des pédicules annexiels.

Un des moments clés de l'intervention est le repérage du col. En cas d'accouchement par voie basse, ce repérage cervical pourra être guidé par la mise en place par voie basse de deux pinces sur la lèvre cervicale antérieure. En cas de césarienne, il est possible de repérer le col en passant le doigt à travers la suture de l'hystérotomie qui sera alors réouverte.

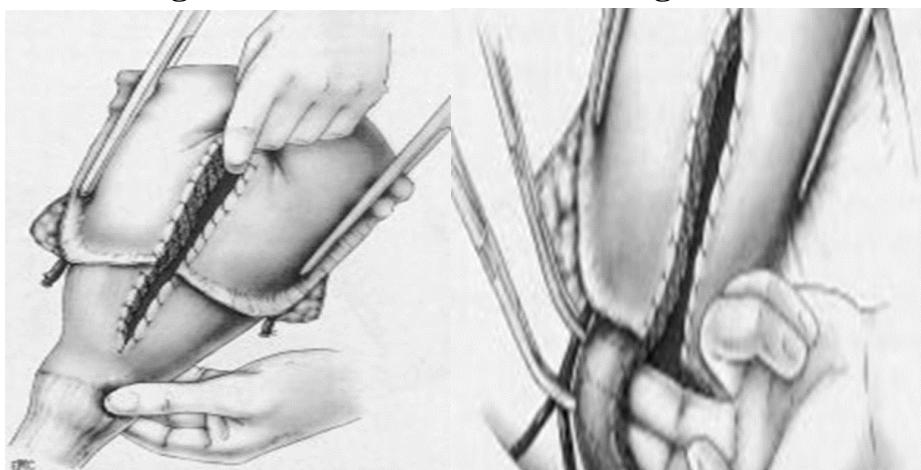


**Figure 8 : Ligature section des pédicules ovariens [7].**

L'utérus étant toujours ascensionné vers le haut, les pédicules utérins sont maintenant abordés en poursuivant au besoin le décollement inter-vésico-utérin. Une pince de Jean Louis Faure est placée également sur le retour vasculaire si la pince de Kocher longue ne descend pas suffisamment. La pince ne doit pas être placée plus en dehors, où elle risquerait de blesser l'uretère. En général, il ne sera pas utile de lier de manière sélective les ligaments utéro-sacrés. Là encore, la ligature doit être appuyée, très serrée et plus ou moins doublée



**Figure 9 : Décollement vésico-vaginal [7].**



**Figure 10 : Dégagement du pédicule utérin [7].**

Le refoulement de la vessie vers le bas sera poursuivi de façon à bien dégager la face antérieure du vagin.

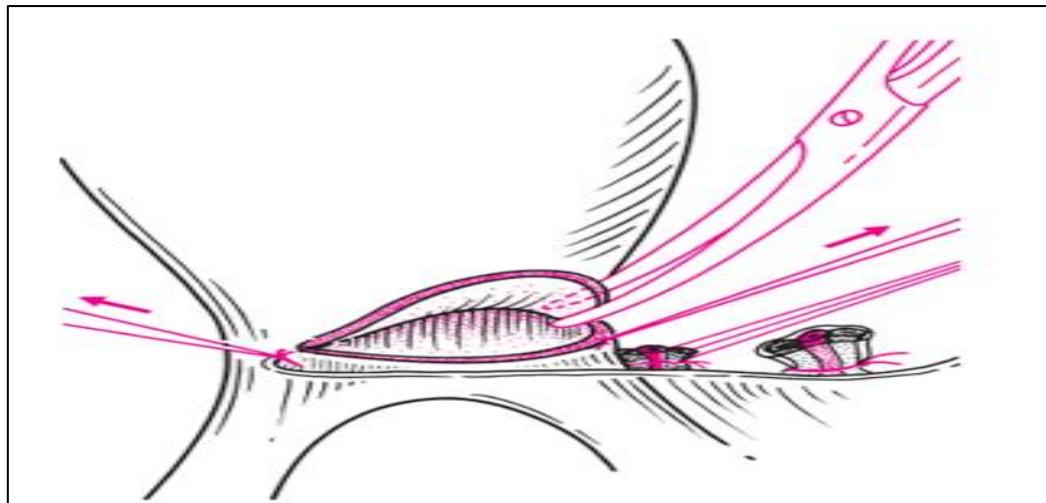
On repère à nouveau le col utérin en pinçant le vagin entre le pouce et l'index. Cette introduction du doigt dans l'utérus par l'orifice de l'hystérotomie est à ce titre utile pour repérer le bourrelet du col et le cul-de-sac vaginal antérieur qui existent toujours, même à dilatation complète.

Après dissection suffisante de cette vessie, on réalise une ligature-section de proche en proche des éléments vasculo-fibreux de la base du ligament large et des pédicules cervico-vaginaux. Le cylindre utéro-vaginal est alors bien dégagé et l'on va pouvoir procéder à la désolidarisation utérine [7,13].

La section vaginale est alors initiée au niveau du cul-de-sac vaginal antérieur. Puis de façon circulaire au bistouri électrique ou aux ciseaux de Mayo.

Les murs antérieur et postérieur du vagin ainsi que les deux angles seront repérés. Un complément d'asepsie sera effectué avec un lavage à l'eau bétadinée et l'opérateur prendra garde de ne pas déchirer la muqueuse vaginale par une traction excessive [7,13].

La suture du vagin en prenant bien soin que la prise intéressera toute l'épaisseur de la paroi vaginale. Si l'hémostase vaginale est douteuse, un surjet de godronnage de la tranche vaginale est recommandé [7,13].



**Figure 11 : Ouverture vaginale [7].**

Après lavage soigneux du bassin maternel au sérum bétadiné tiédi, il faut ensuite vérifier la qualité de l'hémostase de chaque pédicule et contrôler le reste de l'abdomen. La mise en place d'un drainage n'est pas obligatoire si l'hémostase paraît satisfaisante. La pièce d'hystérectomie sera bien entendue envoyée en anatomo-pathologie et les éléments de l'anamnèse obstétricale consignés sur le bon [7,13].

Il est essentiel de réaliser un compte exact des compresses abdominales et champs abdominaux à ce moment précis de l'intervention.

Une antibioprophylaxie peropératoire sera menée et une anticoagulation à doses préventives initiée dès que le risque hémorragique est contrôlé [7,13].

Le compte rendu opératoire sera détaillé tant sur l'indication, la technique et les difficultés rencontrées. Des informations claires, loyales et complètes seront données au couple en postopératoire.

Concernant la technique chirurgicale de l'hystérectomie subtotale, la section de l'isthme utérin est faite juste après la ligature-section des artères utérines. L'utérus est sectionné à l'endroit de la césarienne segmentaire et l'hémostase du moignon cervical est faite avec des points en X en prenant très largement les tissus. Si l'hémostase n'est pas parfaite, on réalisera par-dessus un surjet serré [7,13].

Au final deux attitudes thérapeutiques s'opposent :

- L'hystérectomie subtotale : rapidité et l'efficacité de la technique, d'une part, et le plus faible risque de plaies urétérales et vésicales notamment en cas d'utérus cicatriciels : la prudence incite donc à préférer l'hystérectomie subtotale.
- L'hystérectomie totale : meilleurs contrôle des saignements d'origine cervicale et incontournable en cas d'HPP réfractaire sur placenta prævia ou accreta, rupture complexe du segment inférieur, déchirure cervicale grave associées [13].

## **6. PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE**

La patiente doit être transférée en salle de réanimation, en raison des troubles de la coagulation ou pour des transfusions ou pour des anomalies de la diurèse. Il faut détecter et traiter les complications de l'intervention.

Les complications sont dominées par les complications hématologiques et les complications urinaires (urétérales et vésicales) [13].

En plus des complications communes à toutes les chirurgies confondues (sepsis, iléus paralytique, accidents thromboembolique, hémorragie secondaire, décès). Les plaies vésicales étant une des complications fréquentes, il ne faut jamais hésiter à réaliser, en cas de doute, un test au bleu au Méthylène en per opératoire, voire une cystoscopie postopératoire pour éliminer une plaie urétérale. La méconnaissance d'une plaie vésicale peut conduire à une fistule vésico-vaginale secondaire. La blessure du dôme vésical est en général simple à réparer avec un fil résorbable, un point séparé prenant la totalité de l'épaisseur de la vessie. La vessie est ensuite drainée de façon continue laissée en place pendant environ une semaine.

Les blessures ou ligatures de l'uretère doivent être toujours présentes à l'esprit, l'uretère pouvant être pris lors de la ligature du ligament lombo-ovarien (en cas de contrôle hémostatique de celui-ci par exemple).

Ces blessures ou ligatures urétérales peuvent être prévenues par repérage de l'uretère mis sur lac pour ne pas le perdre de vue lors des ligatures vasculaires. L'éventualité d'une blessure urétérale nécessitera le plus souvent l'appel d'un chirurgien urologue en vue d'une réparation.

Une attention particulière doit être portée à l'hémostase des pédicules utéroovariens et tubaires où la rétraction d'un vaisseau est la cause la plus fréquente des hémorragies postopératoires, et par conséquent de reprise. La mortalité maternelle est importante, liée à l'infection et au choc hémorragique ; elle est estimée à 29/100000[10, 11,12].



## **DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE**

## **1. OBJECTIFS**

### **1.1. Objectif général**

Evaluer la pratique de l'hystérectomie d'Hémostase au Centre Hospitalier National de Pikine à Dakar.

### **1.2. Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- déterminer la fréquence des hystérectomies d'hémostase dans notre service
- préciser les principales indications de l'hystérectomie d'Hémostase dans le service
- évaluer le pronostic des patientes ayant subi une hystérectomie d'hémostase

## **2. SITE DE L'ETUDE**

Cette étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine. Cette structure universitaire située dans la banlieue de Dakar comporte une maternité qui enregistre actuellement 3000 accouchements l'année, site de stage des étudiants en Médecine et en spécialisation et centre universitaire et de recherche.

## **3. METHODOLOGIE**

### **3.1. Type et période d'étude**

Notre étude est rétrospective descriptive et analytique menée du 01 janvier 2014 au 31 décembre 2018 soit une durée de cinq ans.

### **3.2. Population d'étude**

Elle portait sur toutes les femmes admises dans le service de la maternité du Centre National Hospitalier de Pikine pendant cette période qui ont bénéficié d'une hystérectomie d'Hémostase après une grossesse quel qu'en ait été le terme.

### **3.2.1. Critères d'inclusion**

Toute femme admise dans le service pendant ou après un accouchement et avoir subi une hystérectomie d'Hémostase.

### **3.2.2. Critères d'exclusion**

Nous avons eu à exclure trois hystérectomies d'Hémostase ayant eu lieu pendant notre période d'étude :

- une hystérectomie d'Hémostase pour grossesse molaire
- deux hystérectomies d'Hémostase pour des dossiers et archives non retrouvés

### **3.3. Collecte de données et saisie**

Les paramètres de l'étude étaient :

- L'âge maternel
- le mode d'admission
- la parité : primipare, paucipare, multipare et grande multipare
- les antécédents
- la présentation du fœtus
- le type d'hystérectomie
- les pathologies maternelles
- la voie d'accouchement
- l'état hémodynamique à l'entrée
- l'âge de la grossesse
- le globe utérin, le délai de prise en charge
- les traitements entrepris et enfin les indications.

Nous avons fait notre collecte de données à partir de différents documents dont les dossiers des patientes ; les registres d'accouchements et les cahiers de résumés des étudiants en spécialisation.

### **3.4. Analyse de données**

Les données extraites étaient analysées d'abord sur Microsoft Excel 2016 puis SPSS 21, version Mac.

## **4. RESULTATS**

### **4.1. Prévalence**

Notre étude s'est faite sur cinq ans allant du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2018.

On a enregistré 17323 accouchements durant la période d'étude.

Les hémorragies du post partum étaient au nombre de 320

Au total, nous avons eu 52 cas d'HH sur 17323 accouchements, ce qui donne un taux de 0,29 %, soit une HH pour 339 accouchements.

Les hysterectomies d'hémostase ont représenté 16,25% des hémorragies du post partum.

**Tableau I: Fréquence des hysterectomies par année**

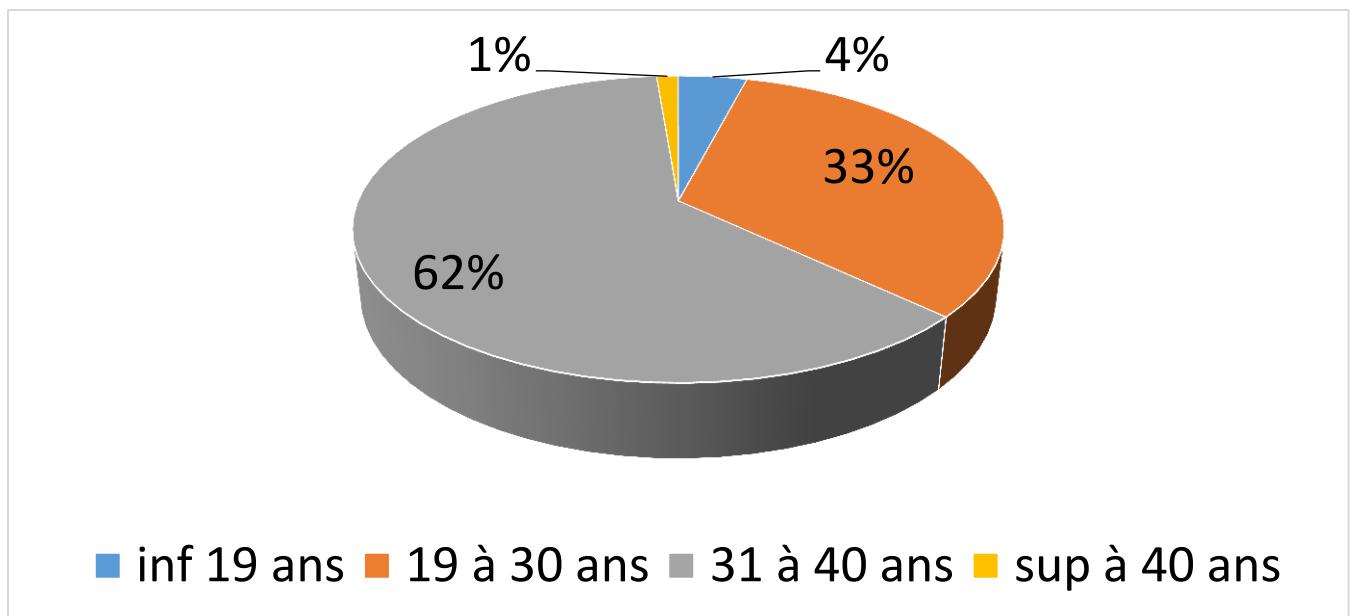
Année	Nombre d'accouchements	Nombre D'HH	Pourcentage
2014	3083	9	0,29%
2015	3836	9	0,23%
2016	2939	7	0,23%
2017	3463	4	0,11%
2018	4002	23	0,57%

Le taux des hysterectomies en 2018 a presque doublé par rapport aux années précédentes

### **4.2. Profil socio-épidémiologique**

#### **4.2.1. Age maternel**

La moyenne d'âge est de 31,7 ans avec une prédominance de la tranche d'âge située entre 31 à 40 ans et de la tranche d'âge entre 19 à 30 ans, avec respectivement 57,7% et 30,8 % [Figure 12].

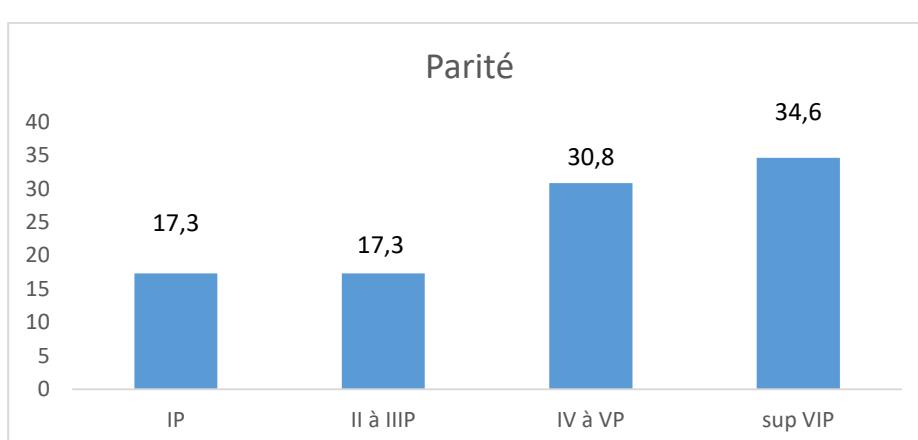


**Figure 12: Répartition des patientes selon l'âge**

#### 4.2.2. Parité

Les multipares et les grandes multipares qui comprennent celles qui ont eu plus de 4 enfants, sont les plus concernées, avec les pourcentages respectifs de 34,6 % (supérieur à 6) et de 30,8 % (4 à 5) [figure 13].

Toutefois, 17,3% d'entre elles étaient primigestes.



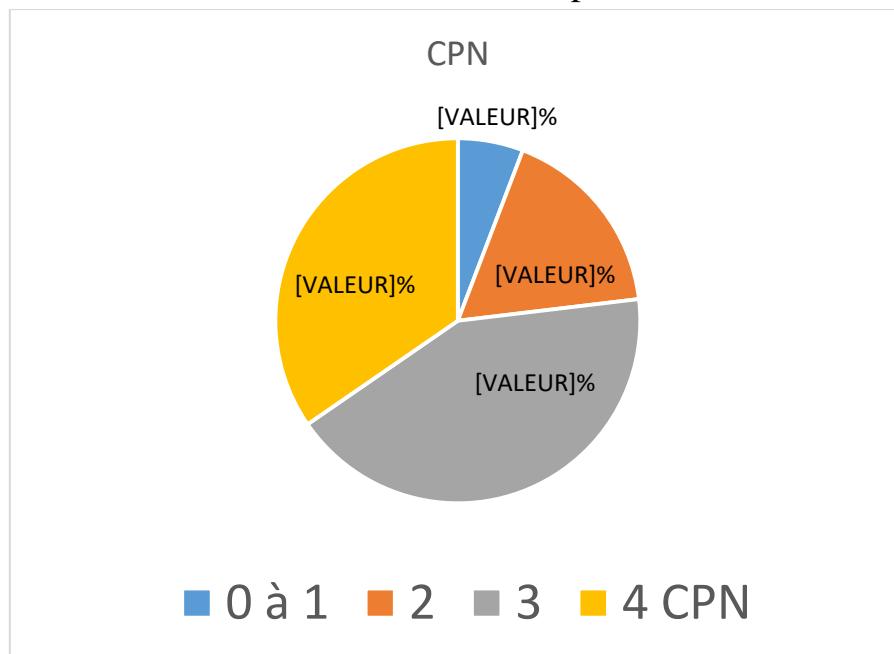
**Figure 13: Répartition des patientes selon la parité**

Dans notre étude, 55,7 % de nos patientes avaient 3 enfants vivants ; 7,7 % d'entre elles n'avaient malheureusement aucun enfant vivant et ne pouvaient donc plus en avoir après avoir subi l'hystérectomie et 13.5% des patientes avaient un seul enfant vivant.

#### 4.2.3. Nombre de consultation prénatale (CPN)

Les femmes ayant suivi des CPN régulières représentent 34,6 % et la minorité (23 %) n'ont pas suivi leur grossesse (figure 14).

Celles qui ont bénéficié de trois consultations représentaient 42,3%



**Figure 14: Répartition des patientes selon le nombre de CPN**

#### 4.2.4. Antécédents gynécologiques et obstétricaux

Dans notre série, 23% des patientes avaient un antécédent d'avortements, 25% avaient un antécédent de césarienne, 15,3% un mort-né et 28,8% n'ont pas eu d'antécédent particulier (Tableau II).

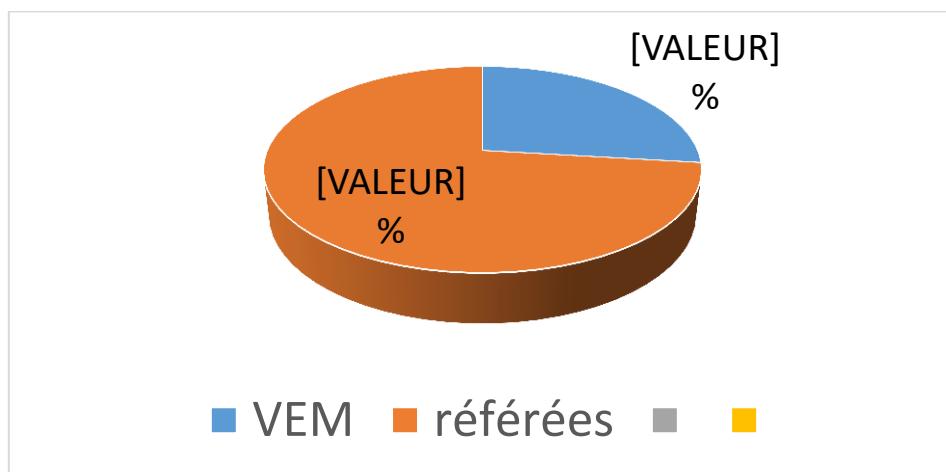
**Tableau II: Répartition des patientes selon les antécédents gynécologiques et Obstétricales**

Antécédents	Nombre	Pourcentage %
Avortements	12	23
Césariennes	13	25
Morts nés	8	15.3
HRP	2	3.8
Drépanocytose	1	1.9
Sans antécédent	15	28,8

### 4.3. Situation clinique actuelle

#### 4.3.1. Mode d'admission

Les femmes admises directement au CHNP représentaient 26,9 % et 73,1% ont été référées par des centres de santé environnants. 19, 23 % sont venues après avoir accouché ailleurs.



**Figure 15: Répartition des patientes selon le mode d'admission**

VEM : venue d'elle-même

#### 4.3.2. Etat clinique au moment de l'indication opératoire

Dans notre étude, 73 % des patientes avaient un état hémodynamique stable et 27% étaient reçues en état de choc.

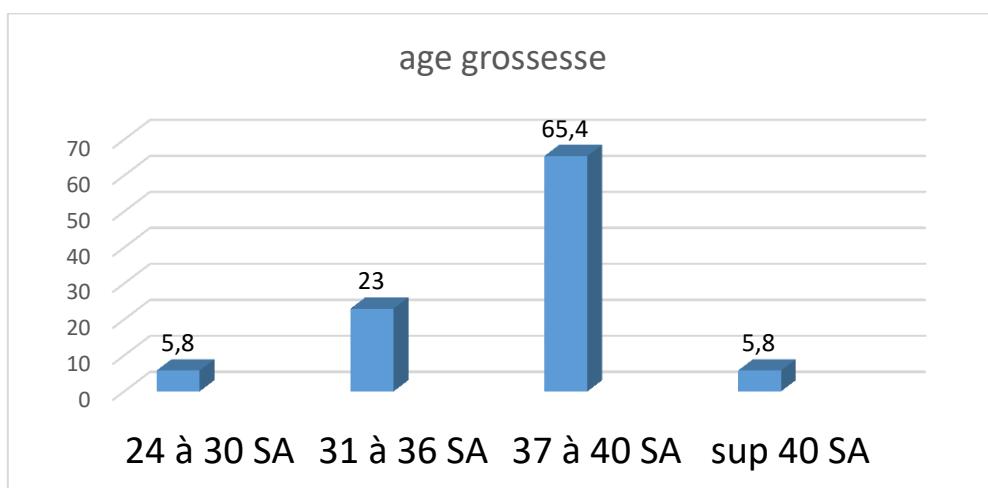
**Tableau III: Répartition selon l'état clinique à l'entrée**

Etat hémodynamique entrée	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Bon état général	38	73
Etat de choc	14	27
Absence globe utérin	15	28,8
Bilan crase perturbé	5	9,6
Anémie inférieur 6g/dl	3	5,8
Crise d'éclampsie	1	1,9

#### 4.3.3. Examen obstétrical

- **Age de la grossesse**

Dans notre série, 65,4% ont eu une grossesse de 37 à 40 semaines d'aménorrhée.



**Figure 16: Répartition selon l'âge de grossesse**

- **Présentation du fœtus**

**Tableau IV: Répartition selon la présentation du fœtus**

Présentation	Effectif (n)	Pourcentage(%)
Céphalique	45	86,5
Siège	7	13,5
total	52	100

## ▪ Globe utérin

**Tableau V: Répartition selon le globe utérin**

Tonicité de l'utérus (%)	Effectif(n)	pourcentage
Atonie utérine	15	28,8
Présence bon globe	37	71,2

### 4.3.4. Pathologies maternelles

Dans notre série, 28,8% des patientes avaient un utérus cicatriciel ; 38,4 % avaient présenté une prééclampsie sévère ou hypertension artérielle et 13,5% d'entre elles étaient porteuses d'une grossesse avec macrosomie fœtale.

**Tableau VI: Répartition des pathologies maternelles**

Pathologie maternelle	Nombre	Pourcentage (%)
PES ou HTA	20	38,4
Utérus cicatriciel	15	28,8
Macrosomie	7	13,5
Grossesse gémellaire	2	3,8
Placenta prævia	4	7,7
Rupture prématurée de membrane	3	5,8
Drépanocytose	1	1,9
HIV (virus immuno déficience humaine)	1	1,9

### 4.3.5. État du nouveau-né à la naissance

Seulement 51,9% des nouveau-nés avaient un bon score d'Apgar ; alors que 36,6% d'entre eux étaient morts nés et 11,5% avaient un mauvais score d'apgar.

**Tableau VII: Répartition selon le score d'Apgar**

<b>Score d'apgar</b>	<b>Effectif(n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Supérieur 7	27	51,9
Inférieur 7	6	11,5
Morts nés frais	19	36,6

#### **4.4. Prise en charge**

##### **4.4.1. Voie d'accouchement**

Dans notre étude, 48,1% des femmes ont accouché par césarienne et 51,9% ont accouché par voie basse.

A noter 19,23 % de ces accouchements par voie basse se sont réalisés hors de notre centre.

**Tableau VIII: Répartition selon le mode d'accouchement**

<b>Mode d'accouchement</b>	<b>Effectif(n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Accouchement voie basse	27	51,9
Césariennes	25	48,1

##### **4.4.2. Traitement déjà entrepris avant l'hystérectomie**

###### **▪ Traitements obstétricaux**

Toutes les femmes ont reçu de l'ocytocine prescrit avec d'autres traitements tel que le misoprostol en comprimé 300 microgramme par la voie intra rectale.

Le ballonnet intra utérin a été fait dans 23% La révision utérine a été faite chez 100% de nos patientes mais n'a révélé des anomalies que dans les 13,4% des cas.

L'examen sous valve n'a pas été fait dans 71,1%. Dans 15,4% des cas, des lésions ont été réparées.

**Tableau IX: Répartition selon l'utilisation de ballonnet**

<b>Ballonnet intra utérin</b>	<b>nombre(n)</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Fait	12	23
Non fait	40	77

**Tableau X: Répartition selon les résultats de l'examen sous valve**

<b>Examen sous valve</b>	<b>nombre(n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Fait sans particularité	7	13,5
Fait, lésions réparées	8	15,4
Non fait	37	71,1

#### ▪ Traitements chirurgicaux

Une seule patiente a bénéficié d'une triple ligature artérielle avant l'hystérectomie.

**Tableau XI: répartition selon la ligature artérielle**

<b>Triple ligature</b>	<b>Effectif (n)</b>	<b>Pourcentage %</b>
Fait	1	1,9
Non fait	51	98,1

#### 4.5. Indications de l'hystérectomie d'hémostase

L'inertie utérine a constitué l'indication la plus fréquente et est retrouvé dans 44,2% des cas suivi de l'hématome rétro placentaire dans 26,9 % puis les ruptures utérines dans 19,2% (Tableau XII).

**Tableau XII: Répartition des patientes selon l'indication de l'hystérectomie**

<b>Indications</b>	<b>Effectif(n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Inertie utérine	23	44,2
HRP IIIB de SHER	14	26,9
Rupture utérine	10	19,2
Placenta accreta	3	5,8
Hellp syndrome	2	3,84

#### 4.5.1. Type d'hystérectomie réalisée

Dans 86,7% des cas, l'hystérectomie a été subtotale, avec ou sans conservation des annexes.

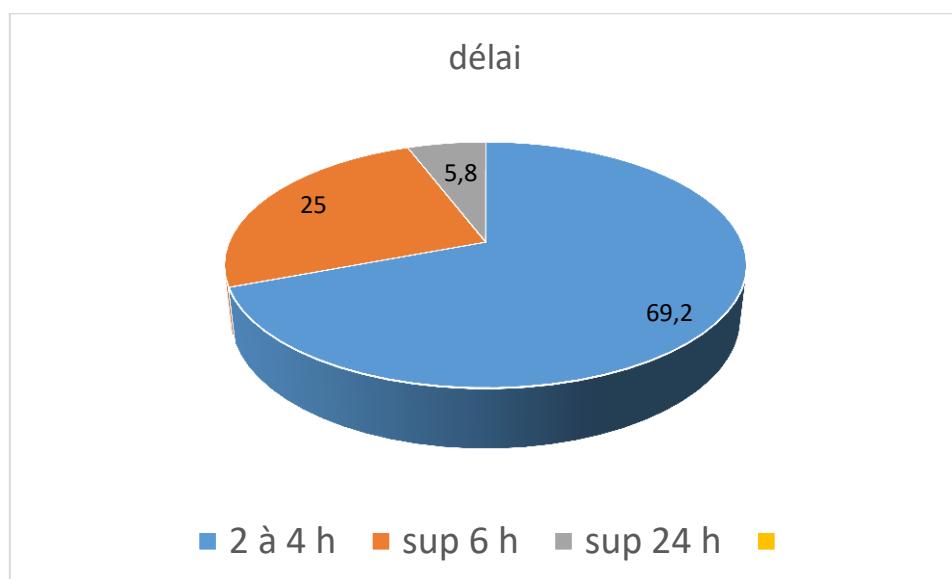
Seulement 13,3% des cas ont eu une hystérectomie totale.

**Tableau XIII: Répartition selon le type d'hystérectomie**

Types d'hystérectomie %	Nombre	Pourcentage
Subtotale inter annexielle	42	80,8
Subtotale avec annexectomie	3	5,8
Total inter annexielle	7	13,4

#### **4.5.2. Délai supposé entre l'accouchement et l'intervention**

L'intervention est décidée en moins de 4 heures dans 69,2% des cas (Figure n°8).



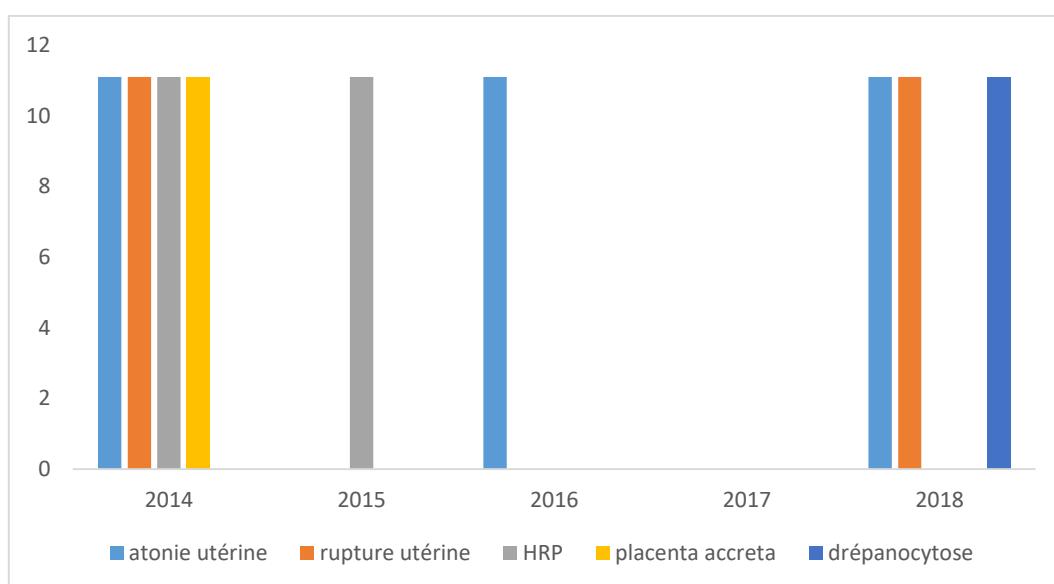
**Figure 17: Répartition selon le délai entre l'accouchement et l'HH.**

#### 4.6. Pronostic

Les suites opératoires ont été simples avec guérison dans 82,7% des cas et on a déploré 9 cas de décès maternels soit 17,3% des cas. Les décès sont survenus chez des patientes opérées des suites d'une atonie utérine (3 cas), d'une rupture utérine (2 cas), d'un hématome rétro placentaire (2 cas), du placenta accreta (1 cas) et une coagulopathie sur terrain de drépanocytose (1 cas).

Les causes de décès ont été :

- Le choc hémorragique 6 cas
- La coagulopathie 3 cas



**Figure 18: Répartition des pathologies associées aux décès maternels**

## 5. DISCUSSION-COMMENTAIRE

### 5.1. Incidence

Pendant notre étude au CHNP, nous avons relevé 52 cas d'HH pour 17323 accouchements. Cette intervention représente donc 0,29% des accouchements, soit une HH pour 339 accouchements.

Le pourcentage de ces hystérectomies en 2018 est très élevé (0,57%) contrairement à 2017 (0,11%) et 0,2% pour les années précédentes. Ceci pourrait s'expliquer par l'augmentation parallèle des césariennes.

La fréquence de cette intervention est encore élevée chez nous par rapport aux pays développés.

Sosthène Magi tsonga a retrouvé une fréquence de 0,07% des accouchements soit une HH pour 1431 accouchements au centre hospitalier de Libreville [17].

En Afrique, cette intervention reste de pratique courante. Le pourcentage varie considérablement d'un pays à l'autre.

**Tableau XIV : Incidence des hystérectomies selon les pays**

Pays	Incidence	Références
<b>Notre étude</b>	0,29%	
<b>Sénégal</b>	0,45%	[14] Diouf et al
<b>Niger</b>	1,25%	[15] Nayama M et coll
<b>Madagascar</b>	0,32%	[10] Rakotoson
<b>Nigeria</b>	0,51%	[23] Abasiattai AM
<b>Chine</b>	0,35%	[21] Pradhan M
	0,22	[19] Ying Peng
<b>Algérie</b>	0,11%	[13] Hammache L
<b>Mali</b>	0,18%	[18] Sidibe M
	1,33%	[25] Traore M
<b>Inde</b>	0,17%	[16] Surya J et al
	0,083%	[24] Java C et al
<b>Gabon</b>	0,07%	[17] Sosthene M
<b>USA</b>	0,06%	[22] Bateman BT

Au Sénégal, Diouf et coll. ont conclu que l'HH représente 0,45% des accouchements [14].

Cette différence avec notre étude peut s'expliquer par le fait que la période d'étude soit différente. de 1998 à 2018 les moyens de prise en charge se sont à priori améliorés.

Cette incidence élevée aussi bien au Sénégal que dans les autres pays en développement peut s'expliquer par la fréquence élevée des HPPI en Afrique alors que le plateau technique est défaillant empêchant les autres alternatives thérapeutiques et par une admission tardive des patientes.

Selon les recommandations de la CNGOF face à l'HPPI, l'HH doit être un geste de dernier recours [2]. En Afrique, l'embolisation n'est pas de pratique par manque de personnel qualifié et de plateau technique, la ligature des artères iliaques internes et des utérines ainsi que le capitonnage utérin sont des alternatives thérapeutiques à l'HH, et les HH ne doivent être pratiquées que secondairement en cas d'échec à ces traitements.

Face à l'atonie utérine, l'utilisation des prostaglandines E2 est reconnue efficace selon la CNGOF, l'avènement du misoprostol a permis de diminuer la fréquence des hémorragies du post partum [9], Le plus souvent, l'état hémodynamique au moment du diagnostic ne permet pas de pratiquer un traitement conservateur.

## 5.2. Age

La tranche d'âge prédominante est celle de 31 à 40 ans (57,7%)

**Tableau XV : Variations de l'âge selon les pays**

Pays	Age moyen	références
<b>Notre étude</b>	<b>31.7</b>	
<b>Gabon</b>	31	[17] Sosthene M
<b>Madagascar</b>	32.7	[10] Rakotoson
<b>Niger</b>	32.8	[15] Nayama M et coll
<b>Mali</b>	34	[25] Traore M
<b>Chine</b>	35	[21] Pradhan M
<b>Algérie</b>	36.7	[13] Hammache L

Ces résultats sont retrouvés à Madagascar 53,4% pour les 30 à 39 ans.

L'âge moyen dans notre étude est de 31,7 ans. Cet âge est retrouvé dans la plupart des études.

L'âge moyen à Madagascar est de 31 ans [10], 31 ans au Gabon [17], 34 ans au Mali [25], 35 ans en Chine [21].

### **5.3. Parité**

Les multipares et grandes multipares qui ont plus de quatre enfants prédominent avec respectivement 34,6% et 30,8%.

Nous retrouvons à peu près les mêmes résultats à Madagascar avec 35,6% pour les multipares et 244% pour les grandes multipares [10].

Au Gabon la parité moyenne est de 6 [17].

En Inde les chiffres sont encore plus importants avec plus de 82 % de multipares [16].

Ces chiffres sont aussi retrouvés au Niger [15].

Toutes ces études démontrent clairement le rôle de la multiparité dans ces hémorragies (fragilité du muscle utérin) mais aussi son importance dans la prise de décision de l'hystérectomie.

Toute fois 17,3% de notre série en étaient à leur première grossesse. Ceci rend encore plus difficile la décision d'hystérectomie chez ces femmes qui se retrouvent sans possibilité d'avoir une autre grossesse.

De rares pays tels que l'Algérie ou la Chine, les primipares représenteraient 67% [13 ,24] .ceci pourrait pourra s'expliquer en chine par les grossesses limitées.

### **5.4. Nombre de consultation prénatale (CPN)**

Dans notre série, 34,6 % des femmes ont suivi une CPN régulière et la minorité dont 23 % n'ont pas suivi leur grossesse.

L'OMS recommande au moins quatre CPN pendant la grossesse [10].

A Madagascar on retrouve un nombre plus important de femmes n'ayant bénéficié d'aucune consultation prénatale (51,1%).seulement 20 % avaient été suivis régulièrement.

Ceci pourrait expliquer chez eux le recours à ces hystérectomies à Madagascar. L'insuffisance en suivi pré natal est un facteur de risque d'hémorragie du post partum. Nous avons pu noter dans notre étude des facteurs de risque tel que la macrosomie, la grossesse gémellaire, la prééclampsie qui normalement auraient dû être suivis de près avant l'accouchement mais surtout pendant l'accouchement.

Par contre dans notre étude la majorité de ces femmes était suivie régulièrement mais pas forcément dans notre hôpital. Ce suivi était-il adéquat ? Ce transfert n'aurait-il pas été plus sûr avant l'accouchement ? Le problème serait-il au moment de l'accouchement ?

## **5.5. Antécédents gynécologiques et obstétriques**

Les antécédents d'avortement ont été retrouvés chez 23 % des patientes, 25% avaient un antécédent de césarienne (OC), 15,3% avaient eu un mort-né.

Seules 28,8% n'ont pas eu d'antécédent particulier. Ce qui montre que les antécédents ont eu une influence sur la survenue de ces hystérectomies.

Ces résultats diffèrent un peu de Madagascar qui 57% n'avait aucun antécédent particulier et juste 11,1% de césariennes [10].

Ils diffèrent aussi de l'Algérie où l'incidence de l'hystérectomie augmente de façon significatif avec les antécédents de césarienne .83% d'antécédents de césariennes parmi leurs patientes [13].

## **5.6. Situation clinique actuelle**

### **5.6.1. Mode d'admission**

Les patientes admises directement au CHNP représentaient 26,9 % et 73,1 % étaient évacuées par des centres de santé environnants. 19, 23 % sont venues après avoir accouché ailleurs.

Ceci s'explique du fait de la localisation de cet hôpital entouré par plusieurs postes de santé et un hôpital (Roi Baudouin) qui ne prend pas en charge le pré éclampsies sévères faute de réanimation.

On retrouve à peu près les mêmes proportions dans la plupart des études dans les pays en voie de développement.

La majorité des patientes au Niger provenaient des périphéries [15].

Par contre à Madagascar, 77,8% des patientes étaient venues d'elles-mêmes. Seulement 22,2% étaient référées [10].

En Inde, 8% ont accouché dans un autre hôpital avant d'être référées [24]. Ce taux est largement inférieur au nôtre.

Ceci porte l'alarme sur la qualité des évacuations dans notre milieu qui se font souvent sans organisation malgré les efforts déployés.

### **5.6.2. État hémodynamique à l'entrée**

Dans notre travail, 73 % des patientes avaient un état hémodynamique stable et 27% sont reçues en état de choc. Une atonie utérine était retrouvée dans 28,8%, une coagulopathie dans 9,6% ; et une anémie sévère dans 5,8%. Au Niger, 25% ont été admises en état de choc [15] ce qui leur laissait peu de chance. A Madagascar 71,1% ont présenté un état hémodynamique instable [10].

La surveillance est un facteur déterminant. L'affluence en salle d'accouchement et le sous-effectif en personnels induisent une surcharge de travail et une mauvaise surveillance des parturientes [10].

### **5.6.3. Examen obstétrical**

#### **▪ Age de la grossesse**

La majorité des patientes (65,4%) ont eu une grossesse de 37 à 40 semaines d'aménorrhée ; 23% de 31 à 36 SA, 5,8 % de 24 à 30 SA et 5,8% supérieur à 40 SA.

Les résultats dans l'étude menée à Madagascar sont presque les mêmes .ils retrouvent 28% de prématurité dans leur étude et 60% dans un âge de grossesse normal [10] .l'âge de grossesse n'a donc pas une influence sur ces hysterectomies.

#### **▪ Présentation du fœtus**

Les présentations céphaliques représentaient 86,5% de notre étude. Seulement 13,5% étaient des présentations sièges.

La majorité des accouchements étaient donc eutociques.

#### **▪ Globe utérin**

Le globe utérin était présent dans 71,2%

A Madagascar l'utérus est atone dans 58 % des cas [10].

Le taux moindre de ces atonies utérines dans notre étude pourrait s'expliquer par l'utilisation systématique du misoprostol avant les références et devant toutes les hémorragies du post partum.

Les prostaglandines injectables auraient une efficacité supérieure mais ne sont pas disponibles [10].

L'embolisation artérielle est hors de portée de notre population

#### **▪ Pathologies maternelles**

L'utérus cicatriciel se retrouvait chez 28,8% de nos patientes, 38,4 % présentaient une pré éclampsie sévère ou hypertension artérielle et 13,5% étaient porteuses d'une grossesse avec macrosomie fœtale.la pré éclampsie sévère est donc souvent retrouvé.

Les autres pathologies retrouvées étaient la grossesse gémellaire, le placenta prævia, la rupture prématurée de membranes, la drépanocytose et le VIH.

## **5.7. État du nouveau-né à la naissance**

Seulement 51,9% des bébés sont nés avec un bon score d'apgar.36, 6% étaient morts nés et 11,5% sont nés avec un mauvais score d'apgar. Ce taux de mortalité fœtal varie plus ou moins selon les pays. Il a été moindre dans notre étude.

**Tableau XVI : Mort fœtale selon les pays**

Pays	Mort fœtale	Références
<b>Notre étude</b>	36,6%	
<b>Algérie</b>	33%	[13]
<b>Madagascar</b>	42,2%	[10]
<b>Gabon</b>	57%	[17]
<b>Niger</b>	75,6%	[15]

## **5.8. Prise en charge**

### **5.8.1. Voie d'accouchement**

Les femmes ayant accouché par césarienne représentaient 48,1% et 51,9% ont accouché par voie basse.

A noter 19,23 % de ces accouchements par voie basse se sont réalisés hors de notre centre et donc les circonstances exactes de l'accouchement ne sont pas maitrisées.

Notre étude n'a pas fait état d'accouchement par forceps ou ventouse qui dans d'autres études auraient favorisé la survenue d'une hémorragie du post partum. Ces résultats différents un peu de Madagascar qui retrouve 60% de césariennes contre 40% d'accouchements par voie basse [10]. En chine 94% avaient accouché par césarienne [21,24].

### **5.8.2. Traitement déjà entrepris avant l'hystérectomie**

#### **▪ Traitements obstétricaux**

Toutes les femmes avaient reçu de l'ocytocine prescrit avec d'autres traitements tel que le misoprostol en comprimé.

Le ballonnet intra utérin était utilisé dans 23% des cas seulement sachant que les étiologies retrouvées sont en premier l'atonie utérine.

La révision utérine était faite chez toutes nos patientes mais n'avait révélé des anomalies que dans les 13,4% des cas.

L'examen sous valve n'a pas été fait dans 71,1% ; et dans 28,9 % des cas il a été fait avec des lésions cervicales retrouvées dans 15,4% des cas. A Madagascar 14,4% ont bénéficié d'un examen sous valve et dans 13,3% des cas des lésions ont été réparées [10].

#### ▪ Traitements chirurgicaux

Une seule patiente a bénéficié d'une triple ligature artérielle avant l'hystérectomie

#### 5.8.3. Indications de l'hystérectomie

L'inertie utérine constitue l'indication la plus fréquente et retrouvé dans 44,2% des cas suivi de l'hématome rétro placentaire dans 26,9 % puis les ruptures utérines dans 19,2%.

Le placenta accreta vient en quatrième position suivi du Hellp syndrome

Notre étude a retrouvé moins de placenta accreta que les autres pays développés  
Le taux élevé de placenta accreta dans les pays développés pourrait s'expliquer par leurs nombres plus importants d'antécédents d'avortements provoqués et césariennes.

**Tableau XVII : Indications des hystérectomies selon les pays**

Pays	Atonie utérine	HRP	RU	Placenta accreta	Placenta praevia	Hellp syndrome	référence
Notre étude	44,2	26,9	19,2	5,8		3,84	
France	50	16,6	16,6			16,6	[20]
Madagascar	13,3	11,1	42,2	24,5			[10]
Algérie	0		33	33	17		[13]
Chine	37,5		17,5	53,1			[19]
				84			[16]
Inde	25		17,9	21			[24]
Nigéria			93,2				[23]

Par contre dans les pays en voie de développement, la rupture utérine, l'HRP et l'atonie utérine prédominent.

#### **5.8.4. Type d'hystérectomie réalisée**

Dans 86,7% des cas, l'hystérectomie est subtotale, avec ou sans conservation des annexes. Seulement 13,3% des cas ont eu une hystérectomie totale et 5,8% ont eu une annexectomie. Nos résultats coïncident avec la plupart des études.

**Tableau XVIII : Types d'hystérectomie selon les pays**

Pays	H subtotale	H totale	références
Notre étude	86.7	13.3	
Sénégal	82.2		[14]
Madagascar	100		[10]
Algérie	0	100	[13]
Inde	85	15	[16]
Chine	56	41	[21]
Nigéria	80	20	[23]

Par rapport à l'hystérectomie totale, l'hystérectomie subtotale présente les avantages de facilité, de réduction du temps opératoire, et comporte moins de risque d'infections et de lésions urétéro-vésicales. Mais idéalement, l'hystérectomie totale reste la solution de sagesse afin d'éviter les difficultés de surveillance du moignon cervical restant [9,10].

#### **5.8.5. Délai supposé entre l'accouchement et l'intervention**

L'intervention est décidée de 2 heures à 4 heures dans 69,2% des cas.

Dans 25% des cas elle se fait dans un délai supérieur à 6 heures de temps et dans 6% des cas le délai a été supérieur à 24 h dans les cas d'hémorragies du post partum tardives.

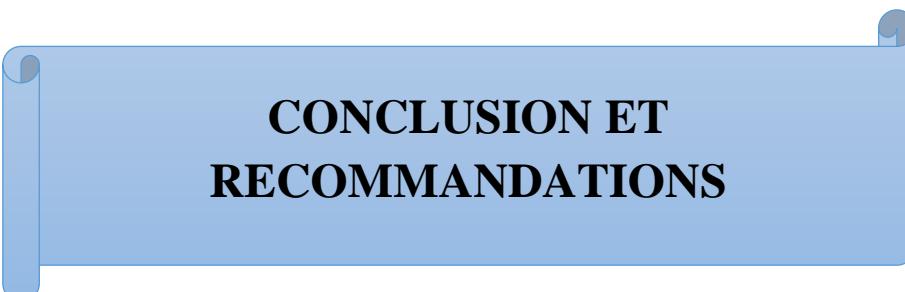
Les retards de prise en charge ont été du à des problèmes d'évacuation de la patiente mais aussi dans certains cas à un problème d'organisation par exemple lorsque le bloc était occupé. Le pronostic dépendait de ce délai.

#### **5.9. Pronostic**

Les suites opératoires ont été simples avec guérison dans 82,7% des cas et on a déploré 9 cas de décès maternels soit 17,3% des cas. Les indications liées à ces décès sont l'atonie utérine, la rupture utérine, l'hématome rétro placentaire, le placenta accreta et une coagulopathie sur terrain de drépanocytose.

**Tableau XIX : Pronostic maternel selon les pays**

Pays	Mort maternelle	références
Notre étude	17,3	
Gabon	24	17
Niger	22	15
Madagascar	22,2	10
Inde	12,3	16
Algérie	0	13
France	0	20



## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

L'hystérectomie d'Hémostase est un acte désespéré de sauvetage. Elle garde son importante dans la prise en charge de l'hémorragie du post partum.

Dans notre travail, une étude rétrospective descriptive des 52 dossiers des patientes opérées à cet effet, soit 0,29 % des accouchements, depuis le mois de Janvier 2014 jusqu'au mois de Décembre 2018, on constate un certain nombre de points :

- nos patientes sont en général multipares mais il existe des primigestes qui par cet acte voient détruit le rêve d'être mère un jour.

- nos principales indications de l'hystérectomie d'Hémostase sont :

L'atonie utérine (44,2 %), l'hématome rétroplacentaire (26,9 %) et la rupture utérine (19,2 %).

La mortalité maternelle et fœtale sont alarmantes. La survie de la femme dépend de l'état hémodynamique de la patiente de la prise de décision au moment opportun, du plateau technique et d'une bonne organisation des transferts entre hôpitaux. (73,1% des patientes étaient référées d'autres structures)

La surveillance de la grossesse et l'identification à temps des risques (71,2% avaient un antécédent), peuvent réduire considérablement la mortalité (17,3%) et la morbidité maternelle.

L'usage adéquat des ocytociques, des prostaglandines, du ballonnet intra utérin pourrait diminuer la fréquence des atonies utérines à l'origine des hystérectomies obstétricales.

Une formation du personnel sur les techniques conservatrices serait utile. Il est primordial de disposer de moyens de réanimation intensive y compris des grandes quantités de sang pour réduire la mortalité liée à cet acte.

L'embolisation artérielle toujours hors de notre portée pourrait diminuer considérablement la fréquence de ces hystérectomies

L'avènement tant attendu des transplantations d'utérus serait un espoir pour ces patientes.

Cette étude nous permet de proposer quelques recommandations :

- Pour les femmes en âge de procréer

- Éviter les avortements provoqués qui laissent une cicatrice myométriale à l'origine d'une altération de la surface d'adhérence placentaire,
- Espacer les accouchements surtout après césarienne.

- Pour le personnel de santé

- Assurer une bonne cohérence de travail entre les différents hôpitaux,
- Surveiller le travail en salle d'accouchement et maîtriser les gestes chirurgicaux,
- Acquérir des compétences dans le traitement conservateur des hémorragies du post-partum,
- Dépister tôt les grossesses à risque et les référer à temps.

- Pour les autorités

- Équiper certains bloc construit mais non fonctionnels (centre de santé Dominique, ASBEF) et revoir le fonctionnement de certains hôpitaux (Hôpital Roi Baudouin) sans réanimation,
- Assurer une formation médicale continue pour les personnels de santé, avec un recyclage périodique aussi bien exerçant en milieu ruraux que dans les centres de référence,
- Promouvoir les techniques conservatrices en matière de prise en charge de l'HPPI, aménagement des moyens de transport (ambulance)
- Assurer la pérennité des kits gratuits pour les césariennes.

## **REFERENCES**

- 1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2012. Disponible sur :  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502\\_eng.pdf;jsessionid=C40A2AC79E3247349976FC6C205486FE?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf;jsessionid=C40A2AC79E3247349976FC6C205486FE?sequence=1). Consulté le 28/07/2019.
- 2. SENTILHES L, VAYSSIERE C, MERCIER FJ, AYA AG, BAYOUMEU F, BONNET MP, et al.** Hémorragie du post-partum : recommandations pour la pratique clinique - Texte des recommandations (texte court). J Gynecol Obstet Biol Reprod 2014;43(10):1170-1179.
- 3. COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRITIENS FARANCAIS.** Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Recommandations pour la pratique clinique. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39(8-Suppl 2):S1-S342.
- 4. TOURNOUX AS, DEBORD MP, DOUSSIN JF, COTTON F BERLAND M.** Hémorragie du post partum : conduite à tenir. In: LANSAC J, DESCAMPS P. Pratique de l'accouchement. 5<sup>ème</sup> édition Paris : Elsevier Masson ; 2011:375-391.
- 5. INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM), INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS (FIGO).** Déclaration commune, prévention et traitement de l'hémorragie du post-partum : nouvelle approche visant les milieux aux ressources restreintes. J Gynecol Obstet Can 2000;22(4):282-294.
- 6. COURBIERE B.** Anatomie et physiologie de l'appareil reproducteur. Paris : IFSI ; 2012:10-15.
- 7. COSSON M, WATTIEZ A, COLLINET P.** Hystérectomies. Paris: Elsevier; 2016:4-58.
- 8. KAMINA P.** Anatomie opératoire. Paris : Maloine ; 2000:8-20.
- 9. ANTOINE JM.** La transplantation d'utérus : quelles indications? Méd Reprod 2013;15(2):153-156.
- 10. RAKOTOSON N.** Hystérectomie d'hémostase en obstétrique au service de gynécologie obstétrique Befelatanana : à propos de 45 cas [Thèse Médecine]. Antananarivo : Université d'Antananarivo ; 2009, n°7914.
- 11. CISSE A.** Conséquences de l'hystérectomie : à propos de 70 cas au Centre hospitalier national de Pikine [Thèse Médecine]. Dakar : Université Cheikh Anta Diop ; 2012, n°189.

- 12.NDIAYE EHM.** Evaluation des indications d'hystérectomie à l'Hôpital Principal de Dakar [Thèse Médecine]. Dakar : Université Cheikh Anta Diop ; 2014, n°90.
- 13.HAMMACHE L, MANSOURI R.** Hystérectomie d'hémostase [Thèse Médecine]. Bejaïa : Université Abderrahmane Mira de Bejaïa ; 2018, n°1139. Disponible sur : <http://univ-bejaia.dz/dspace/123456789/11399>. Consulté le 28/07/2019.
- 14.DIOUF A, FAYE EO, MOREIRA P, GUISSE A, SANGARE M, CISSE CT CT, et al.** L'hystérectomie obstétricale d'urgence. Contracept Fertil Sex 1998; 26(2):167-172.
- 15.NAYAMA M, MOULAYE AA, DJIBRILL B, GARBA M, IDI N, BOUKERROU M.** Les hystérectomies d'hémostase en pays sous-équipé: un geste vital. Etude prospective dans une maternité de référence au Niger. Gynécol Obstét Fertil 2006;34(10):900-905.
- 16.JAYARAM S, VARGHESE AP.** A clinical review of obstetric hysterectomies done in medical college, Kottayam for a period of six years. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol 2016;5(2):482-486.
- 17.MAYI-TSONGA S, PITHER S, MEYE JF, NDOMBI I, NKILI MT, OGOWET N.** L'hystérectomie obstétricale d'urgence À propos de 58 cas au Centre hospitalier de Libreville. Cahiers Etudes Rech Fr Santé 2004;14(2):89-92.
- 18.SIDIBE KEITA MN.** Les hystérectomies d'urgence dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU du point G [Thèse Médecine]. Bamako : Université de Bamako ; 2009. Disponible sur : <http://www.kenya.net/fmpo/theses/2009/med/pdf/09M391.pdf>. Consulté le 28/07/2019.
- 19.PENG Y, CHEN L, WU DB, HU WP, LI H.** Analysis on 50 cases of emergency hysterectomy. Biomed Res 2017;28(17):7454-7457.
- 20.JEAN J.** Prise en charge de l'hémorragie grave du post partum. Impact des recommandations nationales de 2004 dans une maternité de niveau II [Thèse Médecine]. Nancy : Université Henri Poincare, Nancy 1 ; 2011, n°3752. Disponible sur : [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_T\\_2011\\_JEAN\\_JULIE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_JEAN_JULIE.pdf). Consulté le 28/07/2019.
- 21.PRADHAN M, SHAO Y.** Emergency peripartum hysterectomy as postpartum hemorrhage treatment: incidence, risk factors, and complications. J Nepal Med Assoc 2014; 52(193):668-676.

- 22.BATEMAN BT, MHYRE JM, CALLAGHAN WM, KUKLINA EV.**  
Peripartum hysterectomy in the United States: nationwide 14 year experience. Am J Obstet Gynecol 2012; 206(1):63.e1-63.e8.
- 23.ABASIATTAI AM, UMOIYOH AJ, UTUK NM, INYANG-ETOH EC, ASUQUO OP.** Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary hospital in southern Nigeria. Pan Afr Med J 2013; 15:60.
- 24.CHAWLA J, ARORA CD, PAUL M, AJMANI SN.** Emergency obstetric hysterectomy: A retrospective study from a teaching hospital in North India over eight years. Oman Med J 2015; 30(3):181-186.
- 25.TRAORE KARIBA DIAKITE M.** Les hystérectomies au service de gynéco-obstétrique à l'Hôpital régional de F. Daou de Kayes. A propos de 37 cas [Thèse Médecine]. Bamako : Université de Bamako ; 2011.

## **ANNEXES**

## FICHE D'ENQUETE HYSTERECTOMIE D HEMOSTASE

NOM :

AGE				
PROFESSION				
PARITE	IG	2G	3G	Sup 4 G
NBR CPN	1	2	3	4
MODES D'ADMISSION	REFEREE		VENUE	D ELLE MEME
MOTIF ADMISSION CHNP				
ANTECEDENTS				
ETAT HEMODYNAMIQUE APRES ACCOUCHEMENT				
GLOBE UTERIN				
ABONDANCE PERTES SANGUINES				
RESULTAT REVISION UTERINE				
RESULTAT EXAMEN SOUS VALVE				
ETAT BB NAISSANCE				
voie d'accouchement				
TRAIT AVANT HYSTERECTOMIE				
INDICATION				
TYPE				
DELAIS ENTRE HPPI ET HH				
AGE GROSSESSE				
PRONOSTIC				
PATHOLOGIES MATERNELLES				

**Titre : étude épidémi-clinique des hystérectomies d'hémostase au CHNP  
en cinq ans**

**Nom et prénom :** Soumaïhat AHMED SOILIHI

**RESUME**

L'hystérectomie d'hémostase est une étape clé dans la prise en charge de l'hémorragie du post partum qui reste la première cause de mortalité maternelle dans le monde. Il s'agit de la deuxième étude sur le sujet effectuée au Sénégal. Etude rétrospective descriptive de 52 dossiers de patientes opérées à cet effet de janvier 2014 à décembre 2018. Les objectifs étaient d'évaluer la fréquence de ce geste chirurgical, les principales indications et évaluer le pronostic de ces patientes. Cette étude concernait les femmes enceintes admises à la maternité et ayant subi une hystérectomie d'hémostase. Les limites essentielles étaient le manque de renseignements sur les complications tardives. Les résultats étaient les suivants : les hystérectomies d'hémostase représentaient 0.29% des accouchements. Les primigestes 17,3% voyaient s'échapper le rêve d'être mère un jour. Les principales indications étaient l'atonie utérine 44,2%, l'hématome rétro placentaire 26,9% et la rupture utérine 19,2%. La mortalité maternelle et fœtale sont alarmantes. La survie de la femme dépendait de l'état hémodynamique et de l'organisation du transfert.

La surveillance de la grossesse et l'identification à temps des risques pourrait réduire cette morbi-mortalité.

**ABSTRACTS**

Haemostatic hysterectomy is a significant step in the management of post partum haemorrhage. It's remains the main cause of maternal death in the world. This is the second time this subject is studied in Senegal.

A retrospective descriptive study of 52 patient files has been operated from January 2014 to December 2018. The objectives were to evaluate the frequency, the main indications and the prognosis of the patients.

This study is done on pregnant women who were admitted to maternity and having undergone hemostasis hysterectomy. The essential limitations were the lack of informations on the late complications. The results were as following: haemostasis hysterectomies accounted for 0.29% of deliveries. The primigest who represented 17.3% have lost any hope of being mothers one day. The main indications were uterine atony with 44.2%, retro placental hematoma (26.9%) and finally uterine rupture (19.2%).

Maternal and fetal death are alarming. The survival of the woman depended on the hemodynamic state and the organization of the transfert.

Pregnancy surveillance and identifications of risks could reduce this mortality.

**Mots clés :** hystérectomie, hémostase, hémorragie