



HYSTERECTOMIES OBSTETRIQUES REALISEES A LA MATERNITE DE L'HOPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT DE N'DJAMENA : INDICATIONS ET PRONOSTIC.

FOUMSOU L^{1, 2}, MAHAMAT P^{1, 2}, DJONGALI S², HISSEIN A², DAMTHEOU S^{1, 2}, NZAPAYAKE A²., ADISSO S³.

1 : Hôpital de la Mère et de l'Enfant/ Faculté des Sciences de la Santé Humaine, N'Djamena (République du Tchad)

2 : Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena.

3 : Faculté des Sciences de la Santé, 01BP188 Cotonou

Auteur correspondant : Dr FOUMSOU Lhagadang Assistant Chef de Clinique. N'Djamena – Tchad.
foum15@yahoo.fr tél: 00235 66 28 63 89/ 99 29 58 89

RESUME

Objectif : déterminer la fréquence, les indications et le pronostic des hystérectomies obstétricales.

Patientes et méthodes : nous avons mené une étude prospective descriptive de quatre ans allant du 15 avril 2011 au 15 avril 2015 à la maternité de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena. Elle portait sur toutes les patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie obstétricale ainsi que leurs nouveau-nés.

Résultats : durant la période d'étude nous avons enregistré 29.490 accouchements parmi lesquels 46 avaient bénéficié d'une hystérectomie obstétricale soit une fréquence de 0,16 %. L'âge moyen de nos patientes était de 31,4 ans avec des extrêmes allant de 19 à 48 ans. Les patientes non instruites étaient les plus représentées avec 56,5% des cas. Les grandes multipares étaient les plus concernées, 22 cas soit 47,9%. La majorité des patientes n'avait pratiqué aucune consultation prénatale (60,9%). La plupart des cas était référée et provenait de la zone rurale (78,3%). Les indications de l'hystérectomie ont été dominées par la rupture utérine (63%) suivie de l'atonie utérine (21,7%). L'hystérectomie était subtotale dans 91,3% des cas. Les principales complications étaient l'infection de la paroi (6,5%) et les lésions urétérales (4,3%). La létalité maternelle était de 6,5 % et le décès périnatal était 69,5%.

Conclusion : l'hystérectomie obstétricale demeure encore fréquente dans nos régions. Sa réduction passe par une bonne surveillance du travail d'accouchement et une bonne gestion active de la troisième période de l'accouchement.

Mots clés : hystérectomie obstétricale, indications, morbidité et mortalité maternelles et fœtales.

ABSTRACT

Obstetric hysterectomies realized in the Maternity of Mother and Child Hospital N'Djamena: indications and prognosis.

Objective: to determine the frequency, indications and the prognosis of obstetric hysterectomies.

Patients and methods: we conducted a descriptive prospective study during a four years period from April 15th, 2011 to April 15th, 2015 in the maternity of Mother and Child Hospital of N'Djamena. All patients having benefited obstetric hysterectomy as well as their new-born included in this survey.

Results: During the period of study, we registered 29 490 deliveries among which 46 had benefited obstetric hysterectomy is a 0.16 % frequency. The mean age of our patients was 31.4 years with extremes going from 19 to 48 years old. Not educated patients were the most represented with 56.5 % cases. The multiparous were most often concerned in 47.9% of the patients. The majority of patients had practiced no prenatal care (60.9%). The most of cases were referred from rural area (78.3%). The indications of hysterectomy were dominated by uterine rupture (63%) followed by uterine atony (21.7%). The hysterectomy was subtotal in 91.3% of the cases. The main complications were infection of the wall. The rates of maternal death was 6.5% and perinatal death 69.5%.

Conclusion: the obstetric hysterectomy remains frequent in our regions. Its reduction passes by good surveillance of labor of the delivery and active management of third period of the delivery.

Keywords: obstetric hysterectomy, indications, maternal and fetal morbidity and mortality. Maternity – HME – N'Djamena.

INTRODUCTION

L'hystérectomie obstétricale est une intervention chirurgicale réalisée dans un contexte d'extrême urgence qui est associée à une morbidité et mortalité maternelles. L'ablation de l'utérus au cours de la grossesse ou dans le

post-partum, résulte d'une situation qui menace la survie de la femme et le plus souvent après échec

du traitement médicamenteux et autres méthodes chirurgicales [1,2]. Cette chirurgie mutilante pratiquée en dernier recours devant un

accident hémorragique obstétrical grave devient de plus en plus rare dans les pays développés mais demeure fréquente dans nos pays en développement avec un pronostic materno – fœtal sévère [3, 4, 5]. Nous avons mené cette étude pour déterminer la fréquence, les indications et le pronostic des hystérectomies obstétricales d'urgence.

PATIENTES ET METHODES

Nous avons réalisé à la maternité de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena, une étude rétrospective descriptive sur 4ans, allant du 15 avril 2011 au 15 avril 2015. Elle portait sur toutes les patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie obstétricale et leurs nouveau – nés. Les variables d'étude ont été : l'âge, le niveau d'instruction, la parité, le nombre des consultations prénatales, l'âge gestationnel, la provenance et la distance parcourue, les indications de l'hystérectomie, le type d'hystérectomie, la morbidité et mortalité maternelles et fœtales. Les dossiers des patientes, les registres d'accouchement et du bloc opératoire nous ont servi pour la collecte des données. Les données collectées ont été saisies et analysées par les logiciels Excel 2010 et SPSS 18.0.

RESULTATS

Fréquence

Durant la période d'étude nous avons réalisé 46 hystérectomies obstétricales sur un total de 29.490 accouchements soit une fréquence de 0,16 %.

Caractéristiques socio – épidémiologiques des patientes

Tableau I : Répartition des patientes selon les caractéristiques socio – épidémiologiques

Caractéristiques socio – démographiques	Effectif	Pourcentage
Age (ans)		
15 – 19	2	4,3
20 – 24	3	6,5
25 – 29	10	21,8
30 – 34	19	41,3
35 – 39	7	15,2
40 et plus	5	10,9
Niveau d'instruction		
Non instruites	26	56,5
Primaire	12	26,1
Secondaire	5	10,9
Supérieur	3	6,5
Parité		
Primipare	7	15,2
Paucipare	3	6,5
Multipare	14	30,4
Grande multipare	22	47,9

Nombre de CPN au cours de la grossesse		
0	28	60,9
1	12	26,1
2	4	8,7
3	2	4,3

L'âge moyen des patientes était de 31, 2 ans avec des extrêmes allant de 17 à 48 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 30 – 34 ans, 41,3% suivie de celle de 24 – 29 ans, 21,8%. Nous avons noté dans cette série une prédominance des patientes non instruites, 26 cas soit 56,7 %. La parité variait entre 1 et 13 avec une moyenne de 6,2±2,3. Les grandes multipares étaient les plus concernées (22 cas soit 41,7%). L'âge gestationnel moyen de la grossesse était de 38,2 ± 2,2 semaines avec des extrêmes allant de 33 à 42 semaines. Dans 44 cas (95,6) la grossesse était monofoetale contre 2 cas (3,4%) de grossesse gémellaire. Le poids fœtal moyen à la naissance était 2785,8g avec des extrêmes variant entre 1360 et 4580 g

La majorité des patientes n'avait pratiqué aucune consultation prénatale (28 cas soit 60,9%).

Provenance des patientes et distance parcourue

Trente-six patientes (78,3%) ont été référées par les structures sanitaires départementales ou régionales et dix (10) patientes (21,7%) provenaient de la région de N'Djamena. Ces femmes provenant des structures sanitaires périphériques ont parcouru des distances variant de 54 à 600 km pour accéder à la maternité de référence nationale.

Le mode d'accouchement

Dans cette étude, 29 patientes (63%) avaient bénéficié d'une laparotomie pour rupture utérine, 11cas avaient accouché par césarienne (24%) et 6 cas par voie basse (13%).

Les indications d'hystérectomie

Tableau II : Répartition des patientes selon les indications d'hystérectomie

Indications d'hystérectomie	Effectif	Pourcentage
Rupture utérine	29	63
Atonie utérine	10	21,7
Hématome rétro-placentaire	5	11
Placenta accreta	2	4,3

L'indication d'hystérectomies obstétricales la plus retrouvée était la rupture utérine (63%) suivie de l'atonie utérine (21,7%). Les facteurs

favorisants la rupture utérine étaient le travail prolongé (15 cas), l'utilisation non judicieuse des ocytociques (9 cas) et le travail obstructif (5 cas) ceux de l'atonie utérine étaient la grande multiparité (7cas), la macrosomie fœtale (3 cas).

Le type d'hystérectomie réalisée

Une hystérectomie subtotale interannexielle était réalisée dans 42 cas (91,3%) et une hystérectomie totale dans 4 cas (8,7%). Nous avons transfusé en per – opératoire ou post – opératoire 38 patientes (82,6%). Le volume sanguin transfusé variait de 500 – 2500 ml.

Les complications

Tableau III : répartition des patientes selon les complications d'hystérectomie

Type de complications	Effectif	Pourcentage
Lésions urétérales	2	43
Lésions vésicales	1	22
Infection de la paroi	3	65
Décès maternel	3	65
Décès fœtal	32	695

Les complications étaient dominées par l'infection pariétale (6,5%) suivie des lésions urétérales (4,3%). La létalité maternelle était de 6,5% (3 cas sur 46 patientes). Parmi ces 3 cas, deux étaient dus à une coagulation intravasculaire disséminée et un cas suite à une insuffisance rénale aiguë due à une hémorragie obstétricale grave. Le pronostic fœtal était sombre avec un taux de décès périnatal de 69,5% (32 nouveau – nés).

DISCUSSION

La fréquence des hystérectomies obstétricales dans notre étude était de 0,16%. Elle se rapproche de celle trouvée par d'autres séries africaines, notamment à Yaoundé au Cameroun [5] (0,10%) et à Tananarive (0,19%) [3] mais est largement inférieure aux taux de rapportés par d'autres auteurs [1, 4, 6, 7, 8,9]. En Occident, le taux d'hystérectomies obstétricales varie de 0,013 à 0,72% selon les séries [10, 11]. Plusieurs facteurs expliquent cette fréquence élevée en Afrique : la négligence ou l'inaccessibilité aux soins prénataux, la méconnaissance des signes de danger au cours de la grossesse et les facteurs socio-économiques [3].

L'âge moyen de 31,2 ans, observé dans cette série est comparable à celui de certains auteurs [4, 5, 6,9]. La parité dans ce travail est comprise entre 1 et 13 avec une moyenne de 6,2 ± 2,3. Les grandes multipares étaient les plus

concernées (41,7%). Cette parité moyenne est supérieure à celle de Nkwabong [5], Nabil [2] et de Nayama [4]. Cette différence s'expliquerait par notre indice synthétique de fécondité très élevé (7,1) et le désir ardent d'avoir plusieurs enfants au sein de la famille. L'âge élevé et la grande multiparité sont classiquement reportés comme associées à un risque accru d'hystérectomie d'hémostase [2, 3, 4, 5, 10, 12, 13]. Dans cette série, la fréquence des hystérectomies obstétricales était maximale chez les femmes de la tranche d'âge de 30 à 34 ans et chez les grandes multipares. Ceci est conforme à ceux publiés dans la littérature [2-5].

Le niveau d'instruction joue un rôle déterminant dans la connaissance des signes du danger, la compréhension de l'intérêt et des avantages de la consultation prénatale. La majorité des patientes (56,5%) était non instruite, méconnaissant les signes du danger et les avantages de la consultation prénatale. Dans cette étude, les patientes n'avaient pas été suivies dans 60,9% des cas. Le manque de suivi prénatal de qualité ne permet pas de détecter les facteurs étiologiques des hémorragies obstétricales.

Les indications d'hystérectomie obstétricale d'hémostase ont été dominées principalement par la rupture utérine (63%) et l'atonie utérine (21,7%) dans notre série. Plusieurs auteurs rapportent comme première indication d'hystérectomie d'hémostase la rupture utérine [3, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 13]. Par contre Nabil [2], Nkwabong [5], Anita [12] et Sarwat [14] trouvent comme première indication d'hystérectomie d'hémostase, l'atonie utérine. Cette rupture utérine a été favorisée par la grande multiparité dont on note une fragilisation du muscle utérin et le travail prolongé surtout chez les patientes évacuées qui ont parcouru plusieurs kilomètres pour accéder aux soins de qualité au niveau de la structure nationale de référence en matière de la santé de la reproduction. Ceci est probablement la cause du retard de prise en charge et du taux élevé de ruptures utérines dans cette série.

Dans cette étude 21, 7 % des patientes avaient bénéficié d'une hystérectomie d'hémostase pour atonie utérine. Les facteurs favorisant cette atonie utérine rejoignent ceux retrouvés dans la littérature [2, 3, 5, 10, 14, 15] : la grande multiparité, les surdistensions utérines, les dystocies et la césarienne. Dans cette série l'hystérectomie subtotale a été réalisée dans 91,3% des cas et l'hystérectomie totale dans 8,7%. Ce taux rejoint ceux de certains auteurs qui ont réalisé une hystérectomie obstétricale d'urgence subtotale avec des taux variant de 81

à 94% [2, 3, 5]. Le choix de ce type d'hystérectomie a été orienté par l'état instable des patientes, la facilité de réalisation de cette technique et la durée moindre du temps opératoire. Selon la littérature, l'hystérectomie subtotale est de choix en cas d'hémorragie du post-partum [14, 16, 17].

Le retard de la prise en charge et l'extrême urgence de ces interventions exposent ces patientes à de nombreuses complications, notamment infectieuses (6,5%).

Nous avons enregistré trois décès maternels soit un taux de mortalité maternelle de 6,5%. Ce résultat rejoint les données de la littérature avec des taux variant de 4,35% à 28,57% [2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 18, 19]. Ce taux de 6,5% est inférieur aux taux de 11,1%, 12,3% et 13,5% notés dans certaines séries [5, 8, 18]. Par contre il est supérieur aux taux de 0,6 % et 3,9% rapportés respectivement par Knight [11] et Nayama [4]. Cette variation de taux peut être due à la qualité de la prise en charge, les difficultés d'accès aux soins. La cause du décès maternel dans ce travail a été dominée par la coagulation intravasculaire disséminée (2cas/3). Le pronostic fœtal est sombre avec un taux décès fœtal très élevé à 69,5%. Ce chiffre est comparable aux données de la littérature qui rapporte des taux de décès fœtal allant de 55,5 à 81% [3, 4, 6, 7, 8]. Ce taux élevé serait lié à la rupture utérine première, cause d'hystérectomie obstétricale d'hémostase dans notre série.

CONCLUSION :

L'hystérectomie obstétricale demeure encore fréquente dans nos régions. La réduction de sa fréquence passe par des consultations prénatales de qualité, une bonne surveillance du travail d'accouchement et une référence à temps pour éviter la rupture utérine et une bonne gestion active de la troisième période de l'accouchement pour lutter contre l'hémorragie du post – partum et surtout l'atonie utérine.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Mathe JK. Obstetric Hysterectomy in rural Democratic Republic of the Congo: An analysis of 40 cases at Katwa Hospital. *Afr Reprod Health* 2008; 12: 60-66.
2. Nabil M, Haikel T, Zayen S, Habib A, Mohamed D, Kaies C, Mohamed A, Kamel K, Belhassen BA, Mohamed G. Hystérectomie d'hémostase : Indications et pronostic. *LA Tunisie médicale* 2012 ; Vol 90 (n°08/09) : 625 – 629.
3. Randriambelomanana JA, Botolahy ZA, Rakotoarivony S.T, Herinirina SAE, Rasataharifetra H, Ratsivalaka R. Les hystérectomies obstétricales réalisées au service de Maternité du CHU de Toamasina Madagascar. *Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence* 2011 ; 3(1) : 8-11.

4. Nayama M, Gama – Alo, M Garba A, Oumara M, Guedé S, Mallam – Issoufou M, Salouhou S, Djibril B, Karmaye M et Alihouonu E. Les hystérectomies obstétricales à la Maternité Issaka gazoby de Niamey. *Med Afr Noire* 2014; 61(12): 613 – 621.
5. NKwabong E, Kouam L, Simeu C. Hystérectomie obstétricale d'urgence, expérience du CHU de Yaoundé, Cameroun. *Med Afr Noire* 2010; 57(5): 245 – 248.
6. Muteganya D, Sindayirwanya JB, Ntandikiyé C, Ntunda B, RUFYIKIRI Th. Les hystérectomies obstétricales au CHU DE KAMENGE – une série de 36 cas. *Méd Afri Noire* 1998, 45 (1) : 11 – 14.
7. N Siddiq, A Ghazi, S Jabbar, T Ali. Emergency obstetric hysterectomy (EOH): a life saving procedure in obstetrics. *Pakistan Journal of Surgery*, vol 23, issue 3, 2007: 217 – 219.
8. Abiodun Omole-Ohonsi, Hassan Taiwo Olayinka. Emergency Peripartum Hysterectomy in a Developing Country. *J Obstet Gynaecol Can* 2012; 34(10):954–960.
9. Kwamé-Aryée RA, Kwakyé AK, and Seffah JD. Peripartum hysterectomies at the KORLE-BU Teaching Hospital: a review of 182 consecutive cases. *Ghana Medical journal* September 2007, Volume 41, Number 3: 133 – 138.
10. Alsayali AR; Baloul SM. Emergency obstetric. Hysterectomy: 8-year review at Taif Maternity Hospital, Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine* 2000; 20(5-6):454-456.
11. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P and Brocklehurst P. Cesarean Delivery and Peripartum Hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* Jan 2008; 111(1): 97 – 105.
12. Anita K, Kavita WW. Emergency obstetric hysterectomy. *J of Obstet Gynecol India* 2005 Mar-Apr; 55(2): 132-4.
13. Marina Ibrahim, Cleve Ziegler, Stephanie L. Klam, Paul Wiczorek, Haim A. Abenheim. Incidence, Indications, and Predictors of Adverse Outcomes of Postpartum Hysterectomies: 20-Year Experience in a Tertiary Care Centre. *J Obstet Gynaecol Can* 2014; 36(1):14–20.
14. Sarwat A, Umbreen, Fouzia. Emergency obstetric hysterectomy. *Professional Med J* 2015 ; 22(1) : 100-105.
15. Jagruti M. Shah, Santwan B. Mehta, Riddhi B. Shah, Swati Thakkar. Emergency Obstetric Hysterectomy: A Retrospective Study at a Tertiary Care Hospital. Volume: 2 | Issue: 12 | December 2013 • ISSN No 2277 – 8179: 378 – 380.
16. Cristina Rossi A, Richard H. Lee, and Ramen H. Chmait. Emergency Postpartum Hysterectomy for Uncontrolled Postpartum Bleeding. *Am J Obstet Gynaecol* 010;115(3): 634 – 644.
17. Lovina S.M. Machado. Emergency peripartum hysterectomy: Incidence, indications, risk factors and outcome. *North Am J Med Sci* 2011; 3: 358-361.
18. Najma BS, Shabnam S, Jan Muhammad S. Morbidity and mortality associated with obstetric hysterectomy. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2010; 22(2): 100 – 104.
19. Andréa B, Pembé, Peter JT, Wangwé and Siriél NM. Emergency peripartum hysterectomies at Muhimbili National Hospital, Tanzania: a review of cases from 2003 to 2007. *Tanzania Journal of Health Research* Volume 14, Number 1, January 2012: 1 – 10.