

LES HYSTERECTOMIES OBSTETRIQUES AU CHU DE KAMENGE - UNE SERIE DE 36 CAS

D. MUTEGANYA *, J.B. SINDAYIRWANYA *, C. NTANDIKIYE *, B. NTUNDA *, Th. RUFYIKIRI *

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent une étude rétrospective de 36 cas d'hystérectomies obstétricales réalisées au CHU de Kamenge en 6 ans, du 1er janvier 1986 au 31 décembre 1991.

La fréquence de cette intervention est de 5,3 ‰ accouchements et de 46 ‰ césariennes.

La moyenne d'âge des patientes est de 28 ans et 72,2 ‰ proviennent des dispensaires et des centres de santé ruraux.

Les indications sont dominées par les ruptures utérines, l'atonie utérine et les infections puerpérales.

L'hystérectomie totale et l'hystérectomie subtotale ont été réalisées respectivement dans 58 ‰ et dans 42 ‰ des cas.

La mortalité maternelle a été de 11 ‰ des cas, et la mortalité foetale de 55,5 ‰ des cas. Les auteurs proposent des mesures prophylactiques en vue de réduire l'incidence de cette dramatique intervention.

Mots-clés : Hémorragie de la délivrance, hystérectomie obstétricale mortalité maternelle, mortalité foetale.

SUMMARY

The researchers carried out a retrospective study on 36 cases of cesarean hysterectomy at the Kamenge University Hospital Centre over a period of 6 years from 1st January 1986 to 31 December 1991. The intervention frequency was 5.3 ‰ of delivery with 46 ‰ of cesarean cases.

The average age of the patients was 28 years.

In addition 72.2 ‰ of those patients came from dispensaries and rural health centres. The indications were dominated by uterine ruptures, uterine atony and puerperal infections. Total hysterectomy and subtotal hysterectomy were carried out respectively in the range of 58 ‰ and 42 ‰ of all the cases.

Maternal mortality was observed in 11 ‰ of all cases as

well as foetal mortality in 55.5 ‰ of the cases.

The researchers suggest prophylactic measures in order to reduce the incidence of that dramatic intervention.

Key-words : Obstetric hemorrhage, cesarean hysterectomy, maternal mortality, foetal mortality.

I. INTRODUCTION

L'hystérectomie obstétricale, devenue exceptionnelle dans les pays développés du fait de la bonne prise en charge des femmes enceintes, reste fréquente en Afrique.

L'absence de consultations prénatales, le sous équipement médical, l'insuffisance numérique de sages femmes et d'obstétriciens, le transfert tardif des malades et l'éloignement des hôpitaux de référence sont à l'origine de cette redoutable intervention. Celle-ci compromet à jamais l'avenir obstétrical de la victime et comporte un taux élevé de mortalité fœto-maternelle.

Notre travail vise à en analyser les indications et les complications, et à proposer les moyens prophylactiques en vue de réduire l'incidence de cette dramatique intervention.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective de 36 cas d'hystérectomies obstétricales colligés sur une période de 6 ans, du 1er janvier 1986 au 31 décembre 1991 dans le service de maternité du CHU de Kamenge.

Les informations étaient recueillies à partir des registres d'intervention et des dossiers des malades. Nous avons analysé les paramètres suivants : l'âge, la parité, la provenance, l'indication et le pronostic materno-fœtal.

III. RÉSULTATS

a. Fréquence

Du 1er janvier 1986 au 31 décembre 1991, nous avons relevé 36 cas d'hystérectomies obstétricales pour 6746

* Département de Gynécologie - Obstétrique, CHU de Kamenge, BP- 1020 - Bujumbura - Burundi.

accouchements et 778 césariennes.

Cette intervention représente donc 5,3 ‰ accouchements et 46 ‰ césariennes, soit une hystérectomie obstétricale pour 188 accouchements et pour 22 césariennes.

b. L'âge

L'âge des patientes variait de 19 à 41 ans avec une moyenne de 28,2 ans.

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge

Age	Nombre	%
16 - 20 ans	3	8,3 %
21-25 ans	9	25 %
26-30 ans	10	27,8 %
31-35 ans	11	30,6%
> 35 ans	3	8,3%
TOTAL	36	100%

Le tableau n° 1 montre que la plupart des patientes avaient un âge compris entre 21 et 35 ans (83,4%).

Tableau III : Répartition selon la provenance

Provenance	Rupture utérine	Infections puerpérales	Atonie utérine	Troubles de coagulation	Placenta accreta	Total
Milieu rural	10	8	6	0	2	26 (72,2%)
Milieu urbain	3	0	3	3	1	10 (27,8%)

e. Les indications

Elles étaient dominées par les ruptures utérines, l'atonie utérine et les infections puerpérales.

Tableau IV : Répartition selon les indications.

Indications	Nombre	%
Ruptures utérines	13	36,1 %
Atonie utérine	9	25%
Infections puerpérales	8	22,2%
Troubles de coagulation	3	8,35 %
Placenta accreta	3	8,35%
Total	36	100%

c. La parité

Les multipares ont été les plus concernées par l'hystérectomie obstétricale. Plus de 60% des patientes avaient une parité au moins égale à 4, tandis que les primipares représentaient 16,7 % des cas.

Tableau II : Répartition selon la parité

Parité	Nombre	%
1	6	16,7%
2	4	11,1%
3	4	11,1%
4	22	61,1%
Total	36	100 %

d. La provenance

Plus de 70 % des patientes provenaient du milieu rural.

IV. DISCUSSION

L'hystérectomie obstétricale, devenue exceptionnelle en Occident, reste fréquente dans les pays en voie de développement, où les hémorragies de la délivrance constituent encore la première cause de mortalité maternelle (1).

Dans notre série, elle représentait 5,3 ‰ accouchements et 46 ‰ césariennes, et dans celle de FIEVET et coll. (2) 4,2 ‰ accouchements.

La moyenne d'âge était de 28 ans et plus de 60% des patientes avaient une parité supérieure ou égale à 4.

BOUAOULA et coll. (3) trouvent que 15,72 % de la mortalité maternelle touche les grandes multipares de plus de 6 parités.

Selon ROTH et CALLES (4), la parité et l'état général

déterminent le pronostic de l'accouchement.

Les indications d'hystérectomie étaient dominées par les ruptures utérines, l'atonie utérine et les infections puerpérales.

Les ruptures utérines représentaient plus du tiers des indications. Hormis une seule rupture produite sur un utérus cicatriciel, toutes les autres concernaient des utérus indemnes de cicatrices, mais fragilisés par des grossesses répétées. Nous avons relevé 2 cas de rupture sous péritonéale et 11 cas de rupture complète où la laparotomie s'imposait devant un état de choc avec à la palpation abdominale une perception du fœtus sous la peau.

Ces ruptures utérines se sont soldées par une mort foetale dans 92,3% des cas.

L'atonie utérine constituait 25% de la série. Dans l'étude de PAMBOU et coll (1), elle était en cause dans 41,60 % des hémorragies graves de la délivrance. Comme préconisé par d'autres auteurs (1, 5, 6), l'hystérectomie d'hémostase n'était réalisée qu'après échec du traitement conservateur.

Les infections puerpérales graves représentaient 22 % des indications d'hystérectomies obstétricales, dont les 2/3 survenaient après césarienne malgré une antibiothérapie de couverture, et le tiers restant après un accouchement à domicile ou dans les centres de santé ruraux. LOCKO-MAFOUTA et coll. (7) au Congo constatent dans leur étude que 31 % des hystérectomies obstétricales font suite aux infections post-césariennes.

Plus de 70 % de nos patientes étaient transférées du milieu rural ou des centres de santé périphériques. Tous les cas d'infections puerpérales, 77 % des ruptures utérines et 66 % des cas d'atonie utérine provenaient du milieu rural.

Il s'agissait en général de patientes épuisées par un travail traînant depuis plusieurs heures voire plusieurs jours.

PAMBOU et coll (1) rapportent dans leur étude que plus de 50% des cas d'hémorragies graves de la délivrance proviennent des centres hospitaliers périphériques.

TETE et coll. (8), trouvent que 66 % des ruptures utérines sont transférées des centres de santé périphériques, tandis que BOHOSSOU et coll. (9) rapportent que 50 % des ruptures utérines surviennent à domicile.

BERARDI et coll. (10), en Côte d'Ivoire, ont noté que 85 % de la mortalité maternelle en 1989 concernaient des patientes transférées. Au Congo, LOCKO MAFOUTA et

coll. (11) constatent que la mortalité maternelle dans les centres de santé ruraux est trois fois plus élevée que dans les grandes villes.

AGBESSY et coll. (12) dans leur série notent que les patientes transférées des centres périphériques constituent 75 % de la mortalité maternelle. Toutes nos patientes sont décédées et 84,2 % des fœtus décédés provenaient du milieu rural.

L'hystérectomie totale et l'hystérectomie subtotale ont été réalisées respectivement dans 58 % et dans 42 % des cas. Le type d'hystérectomie tenait compte de l'état général de la patiente et des dégâts anatomiques.

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.

Dans la série de TETE et coll. (8), une seule hystérectomie totale a été réalisée contre 39 hystérectomies subtotaux.

Le bilan foetal était plus lourd que le bilan maternel, car nous avons enregistré 11 % de décès maternel contre 55,5 % de décès foetal. La rupture utérine a été la plus fœticide avec un taux de décès foetal de 92,3% des cas.

Ce taux se rapproche de celui trouvé par TETE et coll. (8) qui notent dans leur série de 56 cas de rupture utérine 94,6 % de décès foetal.

Les accouchements non assistés, le sous équipement des centres de santé, l'insuffisance de personnel qualifié, l'éloignement des hôpitaux de référence et les mauvaises conditions de transport expliquent le taux élevé de mortalité maternelle parmi les patientes référées.

Nous avons relevé un cas d'occlusion intestinale et deux cas de fistules vésico-vaginale en post-opératoire. TETE et coll. (8) ont enregistré dans leur série un cas de fistule vésico-vaginale.

Nous avons également noté la morbidité fébrile dans 19 % de cas, bien que toutes nos patientes aient bénéficié d'une antibiothérapie prophylactique. La morbidité fébrile serait fonction de la durée opératoire, qu'il y ait antibioprofylaxie ou non (13).

V - CONCLUSION

Les urgences obstétricales demeurent un problème de Santé Publique dans les pays en voie de développement et

leur meilleure prise en charge conditionnera la réduction de la dramatique intervention que constitue l'hystérectomie obstétricale.

Pour cela, il faut une sensibilisation de la population sur les avantages de la planification familiale, des consultations prénatales et de l'accouchement en milieu hospitalier.

Un effort doit être consenti par les pouvoirs publics pour la formation en nombre suffisant de sages femmes et d'obstétriciens, et pour un recyclage du personnel déjà en place, plus particulièrement celui exerçant dans les centres ruraux. Il faut enfin une amélioration du plateau technique aussi bien dans les centres de santé ruraux que dans les hôpitaux de référence.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - PAMBOU O., EKOUNDZOLA J.R., YOCA G., UZAN S.
Les hémorragies graves de la délivrance au CHU de Brazzaville.
Médecine d'Afrique Noire : 1996, 43 (7) : 418 - 422.
- 2 - FIEVET J.P., FILA A., GILOT F., ZIMMERMANN J.M., BARNAUD PH., CAZENAVE J.C.
Les hystérectomies obstétricales. Une série de 30 cas.
Médecine d'Afrique Noire, 1986, 33 : 41 - 52.
- 3 - BOUAOULA H.L. ET COLL.
La grossesse et l'accouchement chez la grande multipare au Maroc.
J. Gynécol. obstét. Biol. Reprod. 1987, 16 : 919 - 24.
- 4 - ROTH PH., CALLES G.
L'accouchement de la grande multipare.
Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1991, 81 : 281 - 5.
- 5 - NELSON S.H., SURESH M.S.
Lack of reactivity of uterine arteries from patients with obstetric hemorrhage.
Am. J. Obstet. Gynecol. 1992; 166 : 1436- 43.
- 6 - AUDRA PH. MIELLET CH. CH., FOLLIA G., LEVALLOIS M., MOUSSA M.
Les hémorragies graves de la délivrance.
Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1985, 80,(7) : 515 - 8.
- 7 - LOCKO-MAFOUTA C. ET COLL.
Les infections puerpérales post-césariennes à Brazzaville.
Méd. Afr. Noire. 1986, 33,[10]: 703 . 11.
- 8 - TETE K.V.S. , ADJAHOTO E.D., FIAGNON K., AKPADZA K.,
BAETA S., HODONOU A.K.S.
Les ruptures utérines au CHU de Tokoin-Lomé.
A propos de 56 cas colligés de Janvier 1987 à Décembre 1994.
Rev. Fr. Gynécol. Obstét, 1996, 91, (12) 606-610.
- 9 - BOHOUSSOU K.M., HOUPHOUET K.B., DJIHAN Y., ANOMA M., ANAARET S.
Les ruptures utérines au cours du travail.
A propos de 128 cas.
Afr. Méd. 1978, 17, (10) : 467- 472.
- 10 - BERARDI J.C. ET COLL.
Evaluation du bénéfice de l'installation d'une structure obstétrico-chirurgicale décentralisée en terme de réduction de la mortalité maternelle et des transferts en Côte d'Ivoire.
Méd. Afr. Noire, 1989, 36, (4) : 280-3.
- 11 - LOCKO-MAFOUTA C. ET COLL.
La mortalité maternelle au Congo.
Méd. Afr. Noire, 1988, 35, (7) : 517- 8.
- 12 - AGBESSY E., ALIHONOU E. ET COLL.
Les hémorragies de la délivrance : Etude statistique et étiologique (A propos de 151 cas recensés en 5 ans).
Publications Médicales Africaines 1990, n° 121.
- 13 - YANCEY M.K., HARLASS F.E., BENSON W., BRADY K.
The perioperative morbidity of scheduled cesarean hysterectomy.
Obstet. Gynecol. 1993, 81 : 206-10.