

LE BENIN MEDICAL

N° 36 - ANNEE 2007

Organe Officiel de la Société Médicale du Bénin



- ▲ *Devenir de l'enfant de parent malade mental*
- ▲ *L'hystérectomie à Kandi (Bénin)*
- ▲ *La fistule obstétricale complexe*
- ▲ *Lymphome de Burkitt, variations anatomiques*
- ▲ *La césarienne à la CUGO de Cotonou*
- ▲ *Aspects épidémiologiques et pronostiques*
- ▲ *Vaccination BCG et protection contre l'ulcère de Buruli*
- ▲ *Réadaptation des amputés fémoraux à Cotonou*
- ▲ *Rôle des mutuelles de santé dans la prévention*
- ▲ *Connaissance, attitude, pratique des médecins généralistes*
- ▲ *Hernies pariétales au CNHU - HKM de Cotonou*
- ▲ *Etude de la stigmatisation de l'épileptique*

...

Edition CRMC 2007

L'HYSTERECTOMIE A KANDI (BENIN)

DOSSOU F.¹, TONATO-BAGNAN J.A.², ALLODE A.³, MENSAH E.³, GBOSSEKOU SOKPON M.²,
SOHOU P.¹, BAGNAN K.O.¹

1. Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale B du CNHU HKM de Cotonou, 2. Service de Maternité de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HOMEL) de Cotonou, 3. Faculté de Médecine de l'Université de Parakou (Bénin)

Correspondance : Francis Moïse DOSSOU M. F.1, 06 BP 939, COTONOU, e-mail : dosfm@yahoo.fr

RÉSUMÉ

En vue d'identifier les indications et de comparer les voies d'abord utilisées selon ces indications, une étude rétrospective et descriptive a été réalisée à l'hôpital de zone de Kandi sur 44 mois, du 1er janvier 2001 au 31 août 2004. Soixante quinze dossiers d'hystérectomies ont été colligés, soit une prévalence de 4 % sur toutes les interventions chirurgicales et 11,2 % des interventions gynécologiques. Parmi elles, 12 % d'hystérectomies ont été réalisées en urgence. L'âge moyen des patientes était 41,2 ans avec des extrêmes de 18 ans et 70 ans. La parité moyenne était 5,7 avec des extrêmes de 0 et 12. Le prolapsus génital était l'indication la plus fréquente des hystérectomies avec 33 cas (44 %), suivi du myome utérin avec 28 cas (37,4 %) et de la rupture utérine avec 7 cas (9,3 %). Les hystérectomies obstétricales ont été faites en urgence et par voie abdominale alors que les hystérectomies pour prolapsus génital ont été réalisées exclusivement par voie vaginale.

Mots clés : Hystérectomie, indications, voie abdominale, voie vaginale.

SUMMARY

Hysterectomy at Kandi (Benin)

In order to determine the indications of hysterectomies and to compare their surgical routes, we carried out a retrospective and descriptive study at Kandi's hospital. From January 1st, 2001 to August 31, 2004, we registred 75 hysterectomies, corresponding to 4 % of all the surgical operations and 11,2 % of gynaecologic interventions. Among them, 12 % of hysterectomies were carried out in urgency. The mean age of the patients was 41,2. (extremes from 18 to 70). The mean parity was 5,7 (extremes from 0 to 12). The genital prolaps was the most frequent indication of the hysterectomies with 33 cases, (44 %), followed by the uterine myome with 28 cases (37,4 %) and the uterine rupture with 7 cases (9,3 %). All the hysterectomies for an obstétrical cause were made in urgency and by abdominal route. The hysterectomies for genital prolaps were carried out by vaginal route.

Key word: Hysterectomy, indications, abdominal route, vaginal route.

INTRODUCTION

L'hystérectomie est l'ablation chirurgicale totale ou partielle de l'utérus [2, 6]. Il s'agit d'une intervention chirurgicale majeure dont les multiples indications gynécologiques ou obstétricales relèvent aussi bien de l'urgence que de la chirurgie réglée. Ces indications conditionnent les techniques chirurgicales utilisées qui ont considérablement évolué depuis quelques années dans les pays développés, notamment en ce qui concerne les voies d'abord chirurgical [7]. En effet, à côté de la voie vaginale et de la laparotomie médiane, se sont développées la laparotomie transversale de Pfannenstiel avec ses variantes, et plus récemment la chirurgie coelioscopique [5, 6, 13]. La présente étude a pour objectifs d'identifier les indications des hystérectomies à Kandi et de comparer les voies d'abord utilisées selon ces indications.

I. MATÉRIELS ET MÉTHODE

L'étude est rétrospective et descriptive. Elle a été réalisée à l'hôpital de zone de Kandi, dans le Nord du Bénin, sur une période de 44 mois, entre le 1er janvier 2001 et le 31 août 2004. Au cours de cette période, il a été réalisé 1867 interventions chirurgicales parmi lesquelles 672 interventions gynéco-obstétricales, soit 36 % des

interventions. Les dossiers inclus dans ce travail sont ceux des femmes ayant bénéficié d'une hystérectomie à l'hôpital de zone de Kandi. Le recrutement a été exhaustif, les dossiers étant tous complets, c'est-à-dire comportant tous une fiche d'observation bien remplie et un compte-rendu opératoire.

Les variables utilisées ont été l'âge, la parité, l'indication opératoire, la voie d'abord et l'évolution. Les données collectées ont été traitées à l'aide du tableur EXCEL et le test statistique de Student a été utilisé.

II. RÉSULTATS

2.1. Fréquence

Soixante quinze femmes ont bénéficié d'une hystérectomie à l'hôpital de zone de Kandi durant la période d'étude, soit une prévalence de 4 % sur toutes les interventions chirurgicales et 11,2 % des interventions gynécologiques. En urgence, 9 hystérectomies ont été réalisées, soit 12 % des hystérectomies.

2.2. Age

L'âge moyen des patientes était 41,2 ans \pm 10,7 avec des extrêmes de 18 ans et 70 ans.

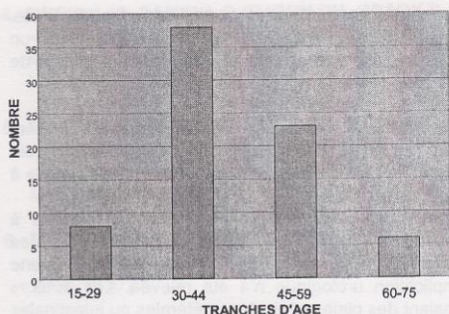


Figure 1 : Répartition des hystérectomies selon l'âge

2.3. Parité

Les patientes hystérectomisées avaient une parité moyenne de $5,7 \pm 1,9$ avec des extrêmes de 0 et 12.

2.4. Indications et voies d'abord

Tableau n° I : Répartition des indications selon les voies d'abord des hystérectomies

	Voie abdominale		Voie vaginale	Total		
	Médiane	Transversale		Effectif	Pourcentage	
Causes obstétricales						
• Rupture utérine	7	0	0	7	9,3 %	10,6 %
• Hémorragie de la délivrance	1	0	0	1	1,3 %	
Causes gynécologiques						
• Prolapsus génital	0	0	33	33	44,0 %	89,4 %
• Myome utérin	10	9	9	28	37,4 %	
• Cancer de l'endomètre	1	0	2	3	4,0 %	
• Cancer du col utérin	1	0	2	3	4,0 %	
Total						
	Effectif (%)	20 (26,6)	9 (12,0)	46 (61,4)	75	

Indication la plus fréquente des hystérectomies avec 33 cas, le prolapsus génital a essentiellement été opéré par voie vaginale. Les voies d'abord des 28 cas d'hystérectomie pour myomes utérins ont été variables selon la forme clinique : les myomes gênants par leur nombre et leur volume (10 cas) ont été opérés par voie abdominale médiane ; 9 cas de myomes compliqués d'hémorragie ont été opérés par voie abdominale transversale (Pfannenstiel) et les 9 autres cas, par voie vaginale. Les hystérectomies pour une cause obstétricale, principalement la rupture utérine, ont été faites en urgence et par voie abdominale médiane.

2.5. Mortalité et morbidité

Aucune femme n'était décédée pendant l'intervention, ni dans les suites opératoires qui sont décrites par le tableau n° II.

Tableau n° II : Répartition des suites opératoires selon la voie d'abord

Voie d'abord	Suites Opératoires				Total
	Sim-ples	Leucor-rhées	Suppu-ration pariétale	Résidu tumoral	
- Hysté-rectomie vaginale	42	2	0	2	46
- Hysté-rectomie abdominale	25	1	2	1	29
Total	67	3	2	3	75

La morbidité était essentiellement marquée par des leucorrhées post-opératoires abondantes chez trois patientes dont deux opérées par voie vaginale et une par voie abdominale. Ces leucorrhées ont rapidement tari après l'ablation des fils vaginaux. Chez 27 des patientes opérées par voie abdominale, soit 93,1 % des cas, la plaie opératoire était cicatrisée de première intention. Par contre, elle a suppuré dans deux cas.

2.6. Durée d'hospitalisation

Tableau n° III : Répartition de la durée d'hospitalisation selon la voie d'abord

	Durée d'hospitalisation						TOTAL
	4 j	5 j	7 j	8 j	15 j	18 j	
- Hystérec-tomie vaginale	24	22	0	0	0	0	46
- Hysté-rectomie abdominale	0	0	18	9	1	1	29
Total	24	22	18	9	1	1	75
Total Effectif (%)	32	29,4	24,0	12,0	1,3	1,3	100

La durée moyenne du séjour hospitalier était de 5,8 jours. Elle était en moyenne 4,57 jours pour les patientes opérées par voie vaginale, soit significativement plus courte que pour les patientes opérées par voie abdominale dont la durée moyenne était de 7,96 jours d'hospitalisation ($p < 0,001$). Les suppurations ont prolongé le séjour hospitalier de deux patientes à 15 jours et 18 jours.

3. DISCUSSION

3.1. Fréquence

L'hystérectomie peut être considérée comme fréquente à l'hôpital de zone de Kandi avec une incidence de 11,2 % des interventions gynécologiques. En effet, en 1997, elle ne représentait que 1,92 % des interventions gynéco-obstétricales réalisées à Cotonou selon l'étude menée par AKPOVI dans les trois principaux services de référence obstétricale de la ville [2]. En 2005, à la

maternité du CHU de Cocody à Abidjan, l'hystérectomie correspondait à 3,2 % des interventions [1].

L'âge moyen des opérées à Kandi était de 41,2 ans. Cet âge moyen est comparable à ceux de ABAULETH à Abidjan et de BAMBARA à Bobo-Dioulasso qui obtiennent respectivement 41,03 ans et 41 ans [1, 3].

3.2. Indications

Les causes obstétricales ont été, dans la présente étude, la rupture utérine et l'hémorragie de la délivrance. Les complications d'avortements clandestins n'ont pas été retrouvées parmi les causes d'hystérectomie à Kandi, contrairement à Cotonou où AKPOVI [2] en ont recensé 7 cas en 5 ans.

Nos indications d'hystérectomie vaginale qui étaient respectivement 33 cas de prolapsus (71,7 %), 9 cas de myome (19,6 %) et 4 cas de cancer du col utérin ou de l'endomètre (8,7 %) sont les mêmes que celles de PITHER à Libreville [13] mais dans des proportions différentes. En effet, cet auteur et ses collaborateurs ont recensé dans leurs indications d'hystérectomie vaginale, 33 % de prolapsus génitaux, 52 % d'utérus myomateux et 15 % de lésions pré-cancéreuses.

Dans les pays occidentaux, les indications de l'hystérectomie sont de plus en plus limitées, car il s'agit d'une intervention lourde qui comporte des coûts, une morbidité, une mortalité et un risque de complications tardives non négligeables [4, 8].

3.3. Voies d'abord

A Kandi, toutes les hystérectomies pour une cause obstétricale ont été réalisées par voie abdominale. Il en a été de même pour les autres auteurs [1, 3, 10].

Avec 61,4 % des cas, l'hystérectomie vaginale a été plus fréquemment utilisée dans notre série que dans celle de PITHER à Libreville [13] où la fréquence de la voie vaginale était de 41 % des cas. Cette fréquence est nettement plus faible chez plusieurs autres auteurs Africains : 22,1 % pour BAMBARA à Bobo Dioulasso, 15,7 % pour ABAULETH à Abidjan et 13,7 % pour DIALLO à Dakar [1, 3, 5]. En effet, à Kandi comme à Libreville, l'incidence des cas de prolapsus utérins est élevée et la voie vaginale a été privilégiée pour cette indication [13]. Ce sont d'ailleurs ces prolapsus génitaux qui ont constitué pour DIALLO et pour BAMBARA, la seule indication de l'hystérectomie vaginale [3, 5]. Une étude plus approfondie des facteurs locaux favorisant la survenue des prolapsus génitaux devra permettre de mettre un accent sur la prévention de cette affection.

L'abord coelioscopique n'a pas été utilisé dans notre série. Cette nouvelle technique d'hystérectomie a été évaluée par GARRY qui a conclu qu'elle s'accompagne d'un nombre de complications majeures significativement plus élevé que dans l'abord abdominal [8]. Il est aussi démontré que l'hystérectomie coelioscopique dure

plus longtemps que les voies vaginale et abdominale, mais entraîne moins de douleur postopératoire, un rétablissement plus prompt et une meilleure qualité de vie à court terme [7, 12].

3.4. Complications

Les suites opératoires des hystérectomies sont habituellement simples, particulièrement pour la voie vaginale dont la durée de séjour hospitalier est réduite à 4 ou 5 jours en moyenne [1, 11, 13].

Cependant, des complications ont été relevées à Kandi : il s'agissait des infections pariétales et des leucorrhées vaginales sur fils de suture. Aucune complication urologique n'a été relevée. Les auteurs signalent des plaies vésicales, urétérales ou intestinales survenues en per opératoire [1, 6, 13]. En post-opératoire, il s'agit souvent de l'anémie et des infections pariétales [1, 2, 13], voire même de l'incontinence urinaire post-hystérectomie [5].

Il n'y a pas eu de décès enregistré dans notre courte série, les indications obstétricales y étant peu nombreuses (9 cas). En effet, ces indications obstétricales surviennent classiquement dans des situations d'urgence chez des patientes dont l'état initial est précaire [1]. Les pourcentages de mortalité maternelle post-opératoire relevés dans la littérature africaine sont élevés, notamment dans les hystérectomies obstétricales d'urgence : 2,59 % à Bobo Dioulasso, 3,04 % à Cotonou, 5,56 % à Abidjan et jusqu'à 24 % à Libreville [1, 2, 3, 10].

CONCLUSION

L'hystérectomie est une intervention chirurgicale majeure, relativement fréquente à Kandi, avec comme principales indications les prolapsus génitaux, les myomes utérins et les ruptures utérines. Le recours à la voie vaginale, notamment dans les indications gynécologiques, réduit significativement le séjour hospitalier et la morbidité opératoire.

RÉFÉRENCES

1. ABAULETH R, YESUFU A, BOKOSSA E, KOFFI A, EFOH D, BONI S, KONE N.
– Les hystérectomies à la maternité du CHU de Cocody. Indications et résultats à propos de 108 cas colligés de 2001 à 2002, Med d' Af Noire 2005 ; 52, (10) : 567-71
2. AKPOVI J, TOFIDJI B F, TAKPARA I, AGUESSY B, PERRIN R-X, ALIHONOU E.
– L'hystérectomie à Cotonou, Le Bénin Médical 1997 ; 6 bis : 17-21
3. BAMBARA M, YARO S, OUATTARA S, OUATTARA H, DAO B, LANKOANDE J, KONE B.
– Les hystérectomies dans une maternité de référence en milieu africain. A propos de 385 cas au CNHSS de Bobo Dioulasso (Burkina Faso). Med d' Af Noire 2007 ; 54 (7) : 401-5.

4. **BROWN JS, SAMAYA G, THORN DH, GRADY D.**
– Urinary incontinence after hysterectomy. A systematic review.
Lancet 2000 ; 356 : 535-9.
5. **DIALLO D, SY MR, GUEYE SMK, MOREAU JC.**
– L'hystérectomie par voie vaginale à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU A Le Dantec.
Med d'Af Noire 2005 ; 52, (6) : 376-8.
6. **DICTIONNAIRE DE MEDECINE FLAMMARION**
– 5e éd. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 1994. 1010 p.
7. **FERRARI MM, BERLANDA N, MEZZOPANE R, RAGUSA G, CAVALLO M, PARDI G.**
– Identifying the indications for laparoscopically assisted vaginal hysterectomy : a prospective, randomised comparison with abdominal hysterectomy in patients with symptomatic uterine fibroids.
BJOG 2000 ; 107 (5) : 620-5.
8. **GARRY R, FOUNTAIN J, MASON S, HAWE J, NAPP V, ABBOTT J, CLAYTON R, PHILLIPS G, WHITTAKER M, LIFORD R, BRIDGMAN S, BROWN J.**
– The evaluate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy.
BMJ 2004 ; 328 : 129-35.
9. **LECURU F, NEJI K, ROBIN F, VILDE F, TAURELLE R.**
– Cancer micro-invasif du col utérin. Quelle approche en 1998 ?
Bull cancer 1998 ; 85, (4) : 319-27.
10. **MAYI-TSONGA S, PITHER S, MEYE J-F, NDOMBI I, NKILI M-Th, OGOWET N.**
– L'hystérectomie obstétricale d'urgence. À propos de 58 cas au Centre hospitalier de Libreville.
Cahiers Santé 2004 ; 14, (2) : 89-92.
11. **NWOSU CR, GUPTA JK.**
– Abdominal, laparoscopic, and vaginal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy : a feasibility study for further evaluation in randomized trials.
Surg Endosc 1999 ; 13 (2) : 148-50.
12. **OTTOSEN C, LINGMAN G, OTTOSEN L.**
– Three methods for hysterectomy: a randomised, prospective study of short term outcome.
BJOG 2000 ; 107 (11) : 1380-5.
13. **PITHER S, MAYI-TSONGA S, BAYONNE M, OGOWET IGUMU N, MOUNANGA M, KOUAM L.**
– Hystérectomie vaginale à Libreville. Expérience sur les 100 premiers cas au Centre Hospitalier de Libreville.
Med d'Af Noire 2007 ; 54 (4) : 221-5.