

# Hystérectomie par voie vaginale : épidémiologie, indications et résultats à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou

B.I.B. HOUNKPATIN, A. BAGNAN TONATO, J.L. DENAKPO, A. LOKOSSOU, M.M. SEHOUE, R.X. PERRIN

Hôpital de la Mère et de  
l'Enfant Lagune de  
Cotonou (HOMEL),  
Bénin

## Résumé

**Objectif** : L'objectif de cette étude était d'évaluer la place de l'hystérectomie vaginale à l'HOMEL.

**Matériel et méthode** : Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale de type descriptif qui s'est déroulée sur une période de 5 ans allant du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2009 à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou. Elle a concerné 35 cas d'hystérectomies réalisées par voie vaginale.

**Résultats** : Sur 472 hystérectomies réalisées au cours de la période d'étude, 35 l'ont été par voie vaginale soit 7,41%. L'âge moyen était de 45 ans avec des extrêmes de 30 à 60 ans ; 89% des patientes étaient âgées de plus de 40 ans ; 68% des patientes étaient des multipares. Les fibromes utérins représentaient 72% des indications avec 43% qui étaient compliqués. 89% des interventions se sont déroulées sous anesthésie locorégionale. La durée d'intervention variait entre 1 heure 30 minutes et 2 heures dans 85% des cas. 34% des interventions ont été complexes du fait de la nécessité d'hémisection et de morcelage de l'utérus ; 3% des interventions ont été converties en laparotomie. Les pertes sanguines étaient estimées en moyenne à 200 ml avec 4 cas qui ont nécessité des transfusions sanguines soit 3,2%. Aucune complication n'a été relevée en per opératoire. Les suites opératoires ont été compliquées de 7 cas d'infections urinaires (20%), 5 cas d'hémorragie minime (14%) et un cas de lésion urétrale (2,8%). La durée moyenne d'hospitalisation de 4 jours avec des extrêmes de 3 à 5 jours.

**Conclusion** : L'hystérectomie par voie vaginale bien que présentant de nombreux avantages demeure encore peu pratiquée à l'HOMEL.

## Abstract

**Objective** : The objective of this survey was to value the place of the vaginal hysterectomy at HOMEL.

**Material and method** : It was about a transverse retrospective survey of descriptive type that took place on one period of 5 active years of January 1st, 2005 to December 31st, 2009 in the Hospital of the Mother and the child Lagoon of Cotonou. It concerned 35 cases of hysterectomies achieved by vaginal way.

**Results**: On 472 realized hysterectomy during the period of survey, 35 were by vaginal way either 7,41%. The middle age was 45 years with extremes of 30 to 60 years; 89% of the patients were aged of more than 40 years. 68% of the patients were multiparous. The uterine fibromas represented 72% of the indications with 43% that were complicated. 89% of interventions took place under loco regional anesthesia. The length of intervention varied between 1 hour 30 minutes and 2 hours in 85% of the cases. 34% of interventions were complex because of the necessity of hemisection and division of the uterus. 3% of interventions have been converted in laparotomy. The blood losses were

**Mots-clés :**  
Hystérectomie,  
voie vaginale,  
fibrome utérin

**Keywords :**  
Hysterectomy,  
vaginal way,  
uterine fibroma

estimated on average to 200 ml with 4 cases that required blood transfusions is 3, 2%. No complication has been raised in operative per. The operating sequences have been complicated of 7 cases of urinary infections (20%), 5 cases of minimal haemorrhage (14%) and a case of urethral lesion (2,8%). The middle length of hospitalization was 4 days with extremes from 3 to 5 days.

**Conclusion** : Although hysterectomy by vaginal way presents many advantages, it still stays little practiced in the HOMEL.

## Introduction

L'hystérectomie est un geste chirurgical presque quotidien en gynécologie. En France, elle concerne 28,8 cas sur dix mille femmes de 15 ans et plus [1]. Le taux d'hystérectomie est en hausse chez les femmes noires par rapport à celle de la race blanche [2, 3]. Elle se fait par quatre voies : la voie abdominale, la voie vaginale, la voie coelioscopique et la voie vaginale coelio-assistée. La voie abdominale a toujours été la plus pratiquée en Afrique. Par contre dans les pays développés, la voie vaginale au fil des années est devenue la voie la plus utilisée. Ainsi, en France, MELIS et coll. [4] ont noté un taux de 58,4%. Au Canada, ce taux est passé de 16% en 1981 à 33% en 1997.

Les objectifs de notre étude sont de :

- Déterminer la place de l'hystérectomie par voie vaginale à l'HOMEL,
- Calculer la fréquence de l'hystérectomie vaginale à l'HOMEL,
- Déterminer les indications de l'hystérectomie par voie vaginale à l'HOMEL ;
- Apprécier les résultats de cette technique à l'HOMEL.

**Tableau n°1** : Répartition annuelle des hystérectomies vaginales de 2005 à 2009

Années	Nombre	Fréquence (%)
2005	10	28
2006	6	17
2007	2	6
2008	2	6
2009	15	43
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

## Matériel et méthode

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptive et analytique sur une période de 5 ans allant du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2009. Elle s'est déroulée à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou.

La population d'étude était représentée par l'ensemble des patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie quelle que soit la voie d'abord à l'HOMEL.

Seules, celles qui ont bénéficié d'un abord par voie vaginale ont été incluses dans l'étude.

L'échantillonnage a été exhaustif.

Les données ont été recueillies à partir des registres de protocole opératoire, des registres d'anesthésie, des dossiers des patientes et des statistiques de l'HOMEL. Elles ont été transcrites sur une fiche d'enquête comportant les variables suivantes : l'âge, la parité, les antécédents médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux, les motifs de consultation, l'examen clinique, les examens complémentaires, les indications, la durée d'intervention, les complications per et/ou post opératoires, le traitement administré et la morbidité globale.

Les données ont été analysées avec le logiciel EPI 6 info.

## Résultats

### Fréquence

De janvier 2005 à décembre 2009, nous avons recensé 472 cas d'hystérectomies toutes voies d'abord confondues dont 35 ont été effectuées par voie vaginale. Ainsi, la fréquence de l'hystérectomie par voie vaginale est de 7,41%.

L'âge des patientes était compris entre 30 et 60 ans. Les patientes de plus de 41 ans étaient les plus nombreuses avec 86%.

Plus de la moitié des patientes (54%) ne présentait aucun antécédent médical. Parmi les 46% restants, 43% présentaient une hypertension artérielle, 23% un diabète et 3% un asthme associé à une sinusite.

En ce qui concerne les antécédents chirurgicaux, 21 patientes soit 60% en avait dont 10 (28,57%) avaient bénéficié d'une appendicectomie, 6 (17,14%) d'une césarienne et 5 (14,28%) d'une coelioscopie.

La parité moyenne est de 5,5 avec des extrêmes de 1 à 10. Les multipares représentaient 68% des cas et les paucipares 29%.

**Indications**

Les types de prolapsus qui ont été relevés ont été l'hystérocèle, le cystocèle et le rectocèle.

Les lésions cervicales sont représentées par les dysplasies.

L'anesthésie générale a été réalisée chez 4 patientes (11%) et elle a été locorégionale chez les 31 restantes (89%).

La durée d'intervention n'a pas été retrouvée dans 5 dossiers. Elle a été de 1h30mn chez 15 patientes (42,86%), 1h50mn chez 5 patientes (14,28) et 2h chez 10 patientes (28,57%). La durée moyenne est de 1h46mn.

La voie vaginale a été aisée dans 66% des cas. Les principales difficultés rencontrées ont été représentées par des gestes de réduction du volume utérin pour myome utérin (25%) et de laparoconversion (3%).

Les gestes complémentaires ont consisté en une annexectomie bilatérale (8%) et en une kystectomie (6%).

Les pertes sanguines moyennes ont été de 200cc. Quatre patientes ont été transfusées en per opératoire.

Aucune complication per opératoire n'a été relevée.

**Tableau n°II** : Indications des hystérectomies vaginales

Indications	Nombre	Pourcentage (%)
Fibromes compliqués	10	29
Fibromes non compliqués	15	43
Prolapsus	5	14
Lésions cervicales	4	11
Prolapsus + lésions cervicales	1	3
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

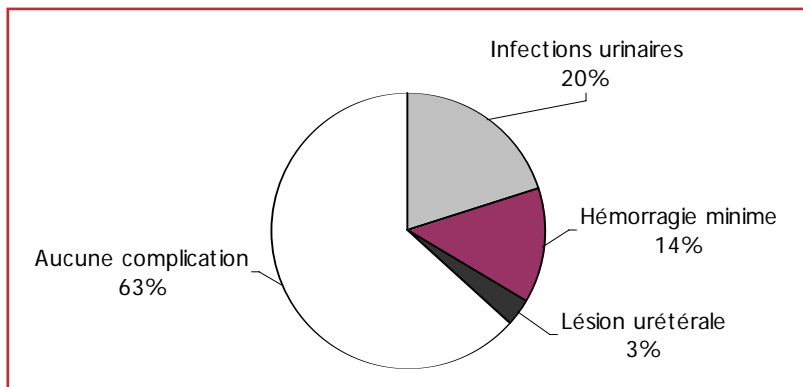
En ce qui concerne l'examen anatomo-pathologique, 16 patientes (45,71%) ont pu le réaliser. Les résultats relevés sont constitués de 40% de cas d'hyperplasie atypique, 30% d'adénomyose, 27% d'hyperplasie de l'endomètre et 3% d'adénocarcinome.

La durée d'hospitalisation a varié entre 3 et 5 jours.

**Discussion**

La fréquence des hystérectomies vaginales dans notre série est de 7,41%. Elle est inférieure à celle trouvée par DIALLO et coll. (13,7%) avec 17 cas à Dakar, à celle de BAMBARA et coll. (22,1%) à Bobo-Dioulasso et à celle de DOSSOU et coll. (60%) au Bénin [6, 7, 8]. Cette fréquence relativement faible peut s'expliquer par le fait que cette intervention nécessite une technicité particulière et l'habi-

**Figure n°1** : Répartition des patientes selon la survenue de complications post opératoires



tude des chirurgiens. De plus, on se pose la question de savoir si les indications de la voie basse ne sont pas rares en Afrique.

L'âge moyen de nos patientes était de 45 ans avec une majorité de patientes qui était âgée de plus de 41 ans (86%). Cette moyenne est comparable à ceux de BAMBARA et coll. et de RAYMOND et coll. qui ont respectivement retrouvé des moyennes d'âge de 41 ans et 42,4 ans [7, 9]. C'est l'âge d'expression des indications et surtout des prolapsus génitaux. De plus une décision d'hystérectomie est beaucoup plus facile à prendre après 40 ans en raison de son absence relative d'incidence sur la procréation.

Les antécédents chirurgicaux ont été retrouvés dans 60%. Ils sont nettement supérieurs à ceux retrouvés par PITHIER et coll. (23%) au Gabon et RAYMOND et coll. (14%) aux Etats-Unis [9, 10]. Les antécédents chirurgicaux ne constituent pas une contre-indication à la voie vaginale. La parité moyenne était de 5,5 avec des extrêmes de 1 à 10. Elle est similaire à celle trouvée par BAMBARA et coll. qui a retrouvé une moyenne de 5 [7]. PITHIER et coll. ont retrouvé 4% de nullipares dans leur étude [10]. La nulliparité ne constitue donc pas une contre indication à la voie vaginale.

Les fibromes constituent la première indication avec 71%. Ce résultat est comparable à ceux d'autres auteurs [7, 10]. Pour DIALLO et coll. et DOSSOU et coll., ce sont les prolapsus qui viennent en tête avec respectivement 71% et 72% [6, 8]. Les myomes compliqués et les prolapsus représentent les principales indications.

L'anesthésie locorégionale a été utilisée dans 89% des cas. Elle constitue la meilleure alternative surtout pour la cure de prolapsus car elle permet de communiquer avec la patiente notamment en cas de geste urinaire associé.

La durée d'intervention moyenne a été de 106 mn. Elle est presque similaire à celle de PITHIER et coll. (92 mn) [10]. Elle est par

contre, supérieure à celle de DIALLO et coll. qui avait une moyenne de 50 mn malgré le fait que dans leur étude, la principale indication était représentée par les prolapsus génitaux avec la réalisation d'une triple intervention [6].

DORSEY et coll. ont trouvé dans leur étude que la durée d'une hystérectomie par voie abdominale dépassait de 30 mn en moyenne celle d'une voie vaginale. La durée d'intervention dépend essentiellement de l'expérience opérateur, de son style et de sa pratique [11].

Les principales difficultés rencontrées ont été la réduction du volume utérin pour myome utérin dans 25% des cas et la laparoconversion pour adhérence dans 3% des cas. Dans leur série portant sur 250 cas, RAYMOND et coll. ont retrouvé 61,6% de volume supérieur à 180g ayant nécessité un morcellage [9]. Pour PITHIER et coll. le poids moyen acceptable dans leur série a été de 350g avec des extrêmes de 100g à 820g [10]. Il vaut mieux, dans la pratique, ne pas opérer par voie vaginale des utérus dépassant une taille estimée à 14 SA au risque d'aboutir à des difficultés obligeant à une laparoconversion au mieux ou à des complications plus sévères.

Les pertes sanguines sont en moyenne estimées à 200cc avec quatre cas de transfusion en per opératoire. La voie basse est beaucoup moins hémorragique que la voie haute [6].

Nous n'avons relevé aucune complication per opératoire. DIALLO et coll. ont rapporté dans leur série 1 cas de plaie vésicale [6]. PITHIER et coll. ont quant à eux relevé 5% d'hémorragie et 2% d'infection urinaire tandis que RAYMOND et coll. ont rapporté 0,4% de lésion vésicale, 1,6% d'infection vaginale et 0,8% d'infection urinaire [10, 11]. Les complications sont rares. Les plus graves sont représentées par les lésions urétérales. Leur survenue dépend surtout de l'expérience de l'opérateur.

La durée d'hospitalisation moyenne est de 4 jours. Ce résultat est en rapport avec ceux de la littérature. [6, 7, 10, 11]. La voie basse

raccourcit sensiblement la durée d'hospitalisation ce qui constitue un avantage certain du point de vue du coût et du confort de la patiente.

### Conclusion

L'hystérectomie par voie vaginale présente de nombreux avantages. Le profil de la femme en

bénéficiant à l'HOMEL est celui d'une femme de plus de 41 ans, multipare, présentant un tableau de fibromes utérins ou de prolapsus.

Sa pratique est encore peu répandue sous nos cieux et la question est de savoir si les indications sont si rares ou c'est l'expérience et le nombre de gynécologues formés pour cette technique qui sont insuffisants.

### Références

1. **DEBODINANCE P.** Hystérectomie pour lésions bénignes sur utérus non prolabé : épidémiologie et suites opératoires dans le nord de la France. *J. Gynécol Obstétrique Biol Reprod* 2001 ; 30 : 151-159.
2. **WILCOX L. S., COONIN L. M., STRAUSS L. M., XIA Z., PETERSON H. B.** Hysterectomy in United States 1988-1990. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 549-55.
3. **KJERULFF K. H., GUZINSKI G. M., LANGENBERG P. W., STOLLEY P. D., ADLER M. E., KAZANDJIAN V.A.** Hysterectomy and race. *Obstet Gynecol* 1993 ; 82 : 757-64.
4. **MELIS A., BUISSON S., LUTZ J. M., SALVAT J.** Facteurs considérés pour le choix d'abord des hystérectomies pour lésions bénignes, CHU Grenoble. *J. Gyn. Obst. Biol. de la Reproduction (Paris)* 2005 May 34 (3pts) 241-251.
5. **MILLAR W.J.** Hystérectomie 1981-1982 à 1996-1997. *Rapports sur la santé, 12(2), 2000, p. 9-23 (Statistique Canada, no 82-003 au catalogue).*
6. **DIALLO D., SY M. R., GUEYE S. M. K., MOREAU J-C.** L'hystérectomie par voie vaginale à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU A. Le Dantec. *Méd. Afr. Noire* 2005-52 (6) : 376-78.
7. **BAMBARA M., YARO S., OUATARA S., OUATARA H., DAO B., LANKOANDE J., KONE B.** Les hystérectomies dans une maternité de référence en milieu africain : A propos de 385 cas au CHNSS de Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso). *Méd. Afr. Noire* 2007-54 (7) : 401-5.
8. **DOSSOU F., TONATO-BAGNAN J. A., ALLODE A., MENSAH E., SOHOU P., BAGNAN K.O.** Indications et voies d'abord des hystérectomies à Kandi (Bénin). *Méd. Afr. Noire* 2009-56 (8/9) : 425-28.
9. **RAYMOND C., DOUCETTE MD., HOWARD T., SHARP M., STEPHEN C., ALDER PhD.** Challenging generally accepted contraindications to vaginal hysterectomy, *American J. Obst. and Gyn. Vol. 184, Issue 7, June 2001, Pages 1386-1391.*
10. **PITHIER 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. *Méd. Afr. Noire* 2007-54 (4) : 221-25.
11. **DORSEY J.H., STEINBERG E.P., HOLTZ P.M.** Clinical indications for hysterectomy route: patients characteristics or physician preference. *Am. J. Obst. and Gyn. Volume 173, Issue 5, November 1995, Pages 1452-1460.*