



ARTICLE ORIGINAL

COMPLICATIONS CHIRURGICALES UROGÉNITODIGESTIVES DES ACTES GYNÉCO-OBSTÉTRICAUX : PRISE EN CHARGE EN CHIRURGIES VISCÉRALE ET UROLOGIQUE DU CNHU-HKM DE COTONOU

UROGENITAL AND DIGESTIVE COMPLICATIONS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICAL PROCEDURES: MANAGEMENT IN VISCERAL AND UROLOGY SURGERY AT NATIONAL AND TEACHING HOSPITAL CENTER IN COTONOU.

KC VIGNON (1), NH NATTA'NTCHA (1), MNA MEHINTO (2), DK MEHINTO (1), F HODONOU (3)

1. Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale 'B'
2. Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique.
3. Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie- 01BP386 CNHU-HKM Cotonou (Bénin).

RÉSUMÉ

But: Exposer les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des complications chirurgicales uro-génito-digestives des actes gynéco-obstétricaux.

Matériel: A partir d'une étude rétrospective de Janvier 2009 à Décembre 2013, 34 dossiers de patientes prises en charge en chirurgies viscérale et urologique du CHU de Cotonou, pour 40 cas de complications chirurgicales uro-génito-digestives par actes gynéco-obstétricaux ont été analysés.

Résultats: La fréquence était de 8 cas/an. L'âge moyen était de 30,9 ans. Ces complications survenaient essentiellement après interventions par voie abdominale (21 patientes; 61,8%). Elles étaient génitales (18 cas; 45%), digestives (12 cas; 30%), urologiques (9 cas; 22,5%) et uro-génitale (1 cas ; 2,5%). Le délai moyen d'apparition des symptômes était de 6 jours. Les 37 cas de lésions observées chez les 31 opérées (91,2%) étaient dominées par la perforation utérine (6 cas) et l'abcès du Douglas (5 cas) respectivement pour les complications génitales et digestives alors que les lésions urologiques étaient : section urétérale (3 cas), ligature urétérale (3 cas), plaie urétérale partielle (2 cas) et plaie vésicale (1 cas). les gestes opératoires les plus réalisés ont été une hystérorraphie (11 cas), une évacuation d'abcès du Douglas (5 cas) et une réimplantation urétéro-vésicale (5 cas). L'évolution a été favorable chez 32 patientes (94,1%). La mortalité était de 5,9% et la durée moyenne d'hospitalisation, de 27,7 jours.

Conclusion: Les complications chirurgicales uro-génito-digestives des actes gynéco-obstétricaux étaient relativement fréquentes et survenaient essentiellement après interventions par voie abdominale. L'évolution était surtout favorable.

Mots clés: Complications uro-génito-digestives ; Actes gynéco-obstétricaux ; Réimplantation urétéro-vésicale.

SUMMARY

Aim: Expose the epidemiological, diagnosis and therapeutic aspects of urogenital and digestive complications after gynaecologic and obstetric procedure.

Method: It's about a retrospective study from January 2009 to December 2013. In visceral and urology clinics surgery at CHU of Cotonou, were analyzed 34 files of women patients management for 40 cases of urogenital and digestive complications after gynaecologic and obstetric procedure.

Results: The frequency was 8 cases / year. The average age was 30.9 years. These complications essentially arose after operations by abdominal way (21 cases; 61.8 %). The complications were genital (18 cases; 45%), digestive (12 cases; 30%), urologic (9 cases; 22.5%) and urogenital (1 case; 2.5%). The average delay of symptoms appearance was 6 days. The 37 cases of lesions noted at 31 operated patients (91.2%) were dominated by uterine perforation (6 cases), Douglas abscess (5 cases) respectively for genital and digestive complications. Urological lesions where: ureteral section (3 cases), ureteral ligature (3 cases), partial ureteral wound (2 cases), vesical wound (1 case). Hysterorraphy (11 cases), Douglas abscess evacuation (5 cases) and uretero-vesical reimplantation (5 cases) were the most operative procedures using. Evolution was favourable at 32 patients (94.1 %), mortality was 5.9 %. Average duration of hospitalization was 27.7 days.

Conclusion: Urogenital and digestive complications of gynecologic and obstetric procedure were relatively frequent and essentially arose after operations by abdominal way. Evolution was mostly favourable.

Keywords: Urogenital and digestive complications; gynaecologic and obstetric procedure; uretero-vesical reimplantation.

Tirés à part

DK MEHINTO

01 BP 499 Cotonou.

E-mail : dmehinto@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les complications chirurgicales uro-génito-digestives des actes gynéco-obstétricaux se définissent comme l'apparition de phénomènes pathologiques nouveaux intéressant les appareils urinaire, génital et digestif suite à des actes médicaux sur la sphère génitale de la femme [1].

Réalisés dans un but préventif, diagnostique et thérapeutique; les actes gynéco-obstétricaux qu'ils soient effectués par des professionnels de santé ou non, sont parfois émaillés de complications [2]. Ces dernières d'abord locales intéressant l'appareil génital ainsi que les viscères de voisinage, peuvent devenir générales si elles sont non ou mal traitées. Ces complications peuvent être génitales, urologiques intéressant surtout la partie terminale de l'uretère et la vessie [3] ou digestives. Leur diagnostic peut nécessiter la réalisation d'examen complémentaires et leur traitement est essentiellement chirurgical. Le pronostic dépend de la gravité des lésions et du délai de prise en charge. Notre but a été d'exposer leurs aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques dans notre contexte d'examen paracliniques peu accessibles.

METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective du 1er janvier 2009 au 31 Décembre 2013 dans les services d'urologie puis de chirurgie viscérale "A" et "B" du CNHU-HKM de Cotonou. Elle a porté sur les dossiers de patientes prises en charge pour complications uro-génito-digestives des actes gynéco-obstétricaux. Nos critères d'inclusion ont été:

- l'existence d'un dossier médical
- l'existence d'un compte-rendu opératoire (CRO) attestant de la réalisation d'un acte gynéco-obstétrical
- la présence d'un CRO attestant l'existence de complications chirurgicales uro-génito-digestives dues à l'acte gynéco-obstétrical
- pour les non opérées ayant eu des complications, la présence de renseignements cliniques et paracliniques attestant l'existence de ces complications chirurgicales urologiques, génitales et digestives puis les liant à l'acte gynéco-obstétrique.

Les variables étudiées ont été: la fréquence, l'âge, la profession, la situation matrimoniale, la nature de l'acte gynéco-obstétrical, le type de complications, le mode d'admission, le motif d'admission, le délai d'apparition des symptômes, le délai de consultation, les antécédents de chirurgie pelvienne, les signes cliniques, le diagnostic à l'entrée, les examens paracliniques, le traitement, les découvertes opératoires, l'évolution et la durée d'hospitalisation. Le traitement et l'analyse des données ont été Informatiques. Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Microsoft Word 2013. La base de données ainsi

obtenue a été transférée dans les logiciels Epi info version 7.0.8.3 et Microsoft Excel 2013 pour l'analyse et la tabulation.

RESULTATS

1- Aspects épidémiologiques

-Durant la période du 1er Janvier 2009 au 31 Décembre 2013, sur 73 dossiers de patientes ayant présenté des complications chirurgicales uro-génito-digestives dues à des actes gynéco-obstétricaux, 34 ont répondu à nos critères d'inclusion. Ces dernières avaient présenté 40 cas de complications

1-1 Fréquence

La fréquence annuelle était de 8 cas par an. Dans les services d'urologie-andrologie puis de chirurgie viscérale "A" et "B" ont été recensées respectivement 10 patientes (29,4%) et 24 patientes (70,6%). Les complications étaient: génitales (18 cas; 45%), digestives (12 cas; 30%), urologiques (9 cas; 22,5%) et uro-génitale (1 cas ; 2,5%). Les fréquences annuelles des complications chirurgicales génitales, digestives, urologiques et uro-génitales ont été respectivement: 3,6 cas/an; 2,4 cas/an; 1,8 cas/an et 0,2 cas/an.

1-2 Age

L'âge moyen des patients a été de 30,9 ans avec des extrêmes de 16 et 57 ans. La figure 1 montre la répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge.

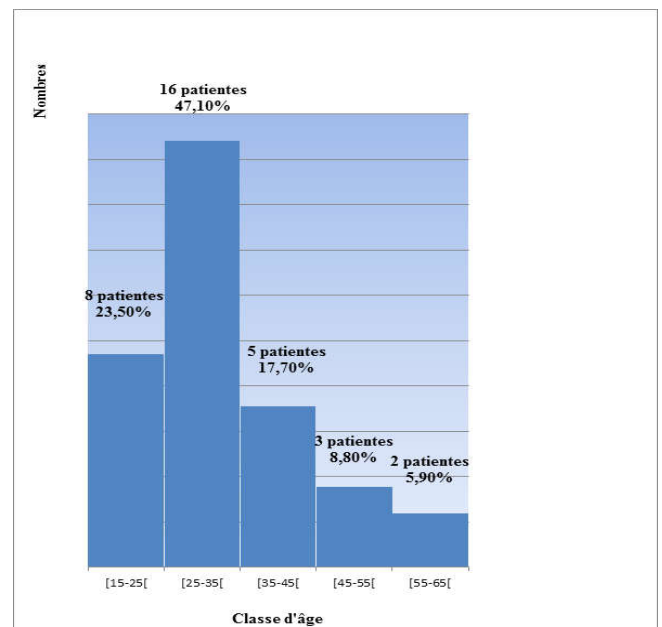


Figure 1: Répartition des patientes en fonction de la classe d'âge

Selon le type de complications, les âges moyens étaient de 38,9 ans pour les complications urologiques; 25,9 ans pour les complications génitales et de 29,4 ans pour les complications digestives.

1-4 Situation matrimoniale

Par rapport à la situation matrimoniale, chez 11 femmes dont 6 étaient mariées et 5 célibataires les complications étaient survenues à la suite de Manœuvres Endo-Utérines Abortives (MEUA). Pour les autres, les actes gynéco-obstétricaux étaient : interventions gynéco-obstétricaux par voie abdominale (IGO/VA) chez 20 patientes mariées puis Manœuvres Endo-Utérines Non Abortives (MEUNA) chez 2 patientes mariées.

2- Aspects diagnostiques

2-1- Mode d'admission

Sur les 34 patientes, 17 (50%) avaient été référées de formations sanitaires périphériques; 12 (33,3%) étaient transférées de la Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique du CHU et 5 (14,7%) étaient venues d'elles-mêmes.

2-2- Motif d'admission

Les motifs d'admission étaient : douleur abdominale (8 cas; 23,5%); péritonite aiguë généralisée, fistule stercorale, fuite d'urine par le vagin (6 cas chacun; 17,7%); anurie (4 cas; 11,7%); éviscération (2 cas; 5,9%); saignement vaginal, fièvre (1 cas chacun; 2,9%). Signalons que la fistule stercorale (6 cas) et la fuite urinaire par le vagin (6 cas) étaient les 2 motifs les plus fréquents d'admission des 21 patientes ayant présenté des complications suite aux IGO/VA alors que la douleur abdominale (7 cas) était le principal motif de consultation des 11 patientes ayant des complications suite aux MEUA.

La fuite d'urines par le vagin était le principal motif d'admission des patientes ayant des complications urologiques avec 6 cas sur 10, suivie de l'anurie postopératoire (4 cas sur 10). Sur les 12 cas de complications génitales, la péritonite aiguë généralisée (5 cas) et la douleur abdominale (4 cas) étaient les plus fréquents motifs d'admission. La répartition en fonction du motif d'admission des 12 patientes ayant présenté des complications digestives était : fistule stercorale (5 cas), douleur abdominale (4 cas), éviscération (2 cas) et péritonite aiguë généralisée (1 cas).

2-3- Délai d'apparition des symptômes

Sur 23 patientes chez qui ce paramètre a pu être apprécié, le délai moyen d'apparition des symptômes a été de 6 jours avec des extrêmes de 1 et 30 jours.

2-4- Délai d'admission

Le délai moyen d'admission des 30 patientes chez qui ce paramètre a été mesuré était égal à 16 jours avec des extrêmes de 1 et 180 jours.

En fonction des complications urologiques, génitales et digestives le délai moyen d'admission était respectivement de 33,3 jours; 8,2 jours et 9,8 jours

2-5- Antécédent de chirurgie pelvienne

Sur les 34 patientes, 7 soit 20,6% avaient des antécédents de chirurgie gynéco-obstétrique par voie abdominale. Il s'agissait de : annexectomie (1 cas),

kystectomie ovarienne (1 cas), myomectomie (1 cas) et césarienne (4 cas). Sur ces 7 patientes, 5 ont présenté des complications à la suite d'une nouvelle intervention pelvienne.

2-6- Nature de l'acte gynéco-obstétrical et type de complications

-Sur les 11 patientes chez qui des MEUA ont été pratiquées, 7 ont présenté des complications génitales et 4, des complications génito-digestives.

-Une IGO/VA a été réalisée chez 21 patientes qui ont présenté des complications: digestives (8 cas), génitales (3 cas) et urologiques (10 cas). Pour les complications urologiques, l'hystérectomie était en cause dans 6 cas et la césarienne dans 4 cas.

-Les 2 patientes ayant bénéficié de MEUNA ont toutes présenté des complications génitales (1 cas d'abcès tubo-ovarien après hystérosalpingographie et 1 cas de péritonite aiguë généralisée sur perforation utérine suite à la mise en place d'un dispositif intra-utérin).

2-7- Diagnostic retenu à l'admission

La répartition des patientes se présente comme suit: péritonite aiguë généralisée (18 cas), fistule urogénitale (6 cas), fistule stercorale (4 cas), ligature ou ligature-section des uretères (4 cas), éviscération per-vaginale du grêle (1 cas), éviscération trans-abdominale du grêle (1 cas).

2-8- Examens paracliniques

Dans notre étude, 20 dossiers de patientes (58,8%) comportaient au moins un examen paraclinique biologique ou radiologique et les 14 autres dossiers (41,2%) n'en comportaient aucun.

-Dans un but diagnostique,

Pour le diagnostic de péritonite aiguë généralisée, la radiographie de l'abdomen sans préparation était réalisée dans 3 cas et l'échographie abdomino-pelvienne dans 2 cas.

Pour le diagnostic de fistule uro-génitale, l'urographie intraveineuse était réalisée dans 2 cas et a montrée une fistule urétéro-utérine (1 cas) et une fistule vésico-vaginale (1 cas).

Par ailleurs des examens paracliniques biologiques à visée diagnostique, de retentissement et thérapeutique ont aussi été réalisés.

3- Aspects thérapeutiques

Toutes les patientes ont bénéficié d'un traitement médical adapté à leur état. Sur les 34 patientes de notre série, 31 soit 91,2% ont bénéficié d'un traitement chirurgical

3-1- Découvertes opératoires

Le tableau I nous présente la répartition des découvertes opératoires en fonction des types de complications chez les 31 patientes opérées

Tableau I: Découvertes opératoires chez les 31 patientes opérées

	Nombre	%
Lésions urologiques		
Section complète de l'uretère pelvien	3	8,1
Ligature de l'uretère pelvien	3	8,1
Plaie partielle de l'uretère pelvien	2	5,4
Plaie vésicale post-césarienne	1	2,7
Lésions génitales		
Perforation utérine post abortive	6	16,2
Nécrose utérine post abortive au stade pré-perforatif	3	8,1
Plaie utérine post opératoire	3	8,1
Désunion d'hystérorraphie post césarienne	1	2,7
Nécrose ovarienne post hystérectomie	1	2,7
Nécrose tubaire post abortive	1	2,7
Plaie vaginale post abortive	3	8,1
Lésions digestives		
Abcès du Douglas post abortif	3	8,1
Abcès du Douglas post opératoire	2	5,4
Plaie du grêle post abortive	2	5,4
Plaie du grêle post opératoire	2	5,4
Eviscération du grêle post opératoire	1	2,7
Total	37	100,0

3-2- Gestes opératoires

Le tableau II suivant expose les gestes opératoires en fonction des découvertes opératoires

Tableau II : Gestes opératoires en fonction des découvertes opératoires

	Nombre	Gestes opératoires	Nombre
Lésions urologiques			
Section complète de l'uretère pelvien	3	réimplantation utero-vésicale	3
Ligature de l'uretère pelvien	3	urétérolyse	3
Plaie partielle de l'uretère pelvien	2	réimplantation utero-vésicale	2
Plaie vésicale	1	cystorraphie	1
Lésions génitales			
Perforation utérine post abortive	6	hystérorraphie	6
Nécrose utérine post abortive au stade pré-perforatif	3	hystérectomie subtotale	2
		hystérorraphie	1
Plaie utérine post opératoire	3	hystérorraphie	3
Désunion d'hystérorraphie post césarienne	1	hystérorraphie	1
Nécrose ovarienne post hystérectomie	1	ovariectomie	1
Nécrose tubaire post abortive	1	salpingectomie	1
Plaie vaginale	3	Suture vaginale	3
Lésions digestives			
Abcès du Douglas post abortif	3	évacuation de l'abcès par laparotomie	3
Abcès du Douglas post opératoire	2	évacuation de l'abcès par laparotomie	2
Plaie du grêle post abortive	2	résection-anastomose du grêle	2
Plaie du grêle post opératoire	2	résection-anastomose du grêle	1
		suture du grêle	1
Eviscération du grêle post opératoire	1	suture secondaire	1
Total	37		37

3-3- Evolution

Dans notre étude, 21 patientes soit 61,8% ont présenté une évolution d'emblée favorable; 11 patientes soit 32,3% une suite opératoire compliquée (7 cas de suppuration pariétale, 2 cas de lâchage de suture, 1 cas de péritonite postopératoire et 1 cas de lâchage de suture + éviscération post opératoire du grêle) et 2 patientes soit 5,9% étaient décédés.

Concernant les 11 patientes ayant des suites opératoires compliquées, la nouvelle prise en charge a été : pansement quotidien pour les cas de suppuration pariétale, suture secondaire en cas de lâchage de suture, réintégration du grêle dans la cavité abdominale + suture secondaire pour le cas de lâchage de suture + éviscération du grêle, lavage et drainage de la cavité péritonéale pour le cas de péritonite aiguë généralisée. A l'issu de ce traitement, l'évolution était favorable pour les 11 patientes portant à 32 soit 94,1% le nombre de patientes ayant une évolution favorable.

Concernant les 2 décès, il s'agissait de : 1 cas de fistule vésico-vaginale secondaire à une césarienne chez une femme vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine décédée avant sa prise en charge chirurgicale puis 1 cas de fistule stercorale suite une kystectomie ovarienne chez une patiente ayant bénéficié d'une prise charge chirurgicale et qui était décédé dans un état de dénutrition sévère.

3-4- Durée d'hospitalisation

La durée moyenne globale d'hospitalisation dans notre série était de 27,7 jours avec des extrêmes de 4 et 114 jours

La durée moyenne d'hospitalisation des 11 patientes ayant eu une évolution secondairement favorable à l'issu du traitement chirurgical initial était de 44,9 jours avec des extrêmes de 16 et 114 jours.

DISCUSSION

1- Fréquence

Dans notre étude, nous avons enregistré 9 cas de complications urologiques correspondant à une fréquence de 1,8 cas/an. Notre résultat se rapproche de celui de Diallo MB et al [4] qui ont recensé 16 cas en 8 ans. Par contre notre fréquence est inférieure aux: 17 cas en 5 ans et 20 cas en 5 ans rapportées respectivement par Otiobanda GF et al [5] et Tazi MF et al [6] malgré que ces auteurs aient travaillé sur un seul type de complications urologiques à savoir urétérales pour les premiers et vésicales pour seconds.

Les fréquences annuelles des complications génitales et digestives étaient respectivement de: 3,6 cas et 2,4 cas. Nos résultats sont en dessous de ceux de Takongmo S et al [7] qui avaient eu dans le même ordre des fréquences annuelles de 5,8 cas et 3,2 cas. Cette fréquence élevée de complications génitales dans leur étude pourrait s'expliquer, entre autres, par le fait que les MEUA étaient beaucoup plus élevées et clandestines

et donc pourvoyeuses de beaucoup plus de complications génitales.

2- Age

L'âge moyen des patientes ayant présenté des complications suite à des MEUA était de 26,7 ans. Nos résultats sont comparables à ceux de Iloki LH et al [8] et Rakotondraisoa JM et al [9] qui respectivement avaient obtenus des âges moyens de 22,3 ans et 26,81 ans. Ces résultats confirment bien que les MEUA sont surtout l'apanage de la couche juvénile. Cette situation s'explique par une activité sexuelle précoce sans utilisation de moyens contraceptifs.

L'âge moyen des patientes présentant des complications urologiques était de 38,9 ans. Des résultats assez proches du nôtre ont été rapportés par plusieurs auteurs : 36,6 ans pour Matani YS et al [10] ; 37 ans pour Oboro VO et al [11] ; 39,40 ans pour MB et al [4] ; 40 ans pour Tazi MF et al [6]. Ces chiffres montrent que les complications urologiques touchent principalement la population adulte jeune

3- Motif d'admission

La douleur a été le motif d'admission le plus fréquent dans notre série (23,5%). Takongmo S et al [7] au Cameroun avaient fait le même constat mais avec une fréquence beaucoup plus élevée (88%).

La fuite d'urine par le vagin avec 6 cas sur 10 complications urologiques a été le motif d'admission le plus représenté. Ce même constat a été fait par Diallo MB et al [4], Otiobanda GF et al [5], Bentaleb H et al [12] qui ont rapporté respectivement 75%, 70,6% et 63,6% de taux de fuite urinaire par le vagin. Cette fuite d'urines par le vagin faisait suite à l'hystérectomie totale dans tous les cas, comme l'ont rapporté plusieurs auteurs [4, 11, 12].

4- Antécédent de chirurgie pelvienne

Dans notre étude, 5 patientes sur 7 qui avaient des antécédents de chirurgie pelvienne ont présenté des complications à la suite d'une nouvelle intervention gynéco-obstétricale par voie abdominale. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les adhérences de l'intervention antérieure ont entraîné un remaniement pelvien rendant difficile la dissection au cours de la nouvelle intervention favorisant ainsi la survenue des complications [3].

5- Nature de l'acte gynéco-obstétrical et type de complications

Complications urologiques : ces complications dans notre étude étaient survenues après hystérectomie (6 cas sur 10) puis césarienne (4 cas sur 10). Des constats analogues ont été faits par plusieurs auteurs [5, 10, 11, 12, 13]. Ces constats prouvent bien que l'hystérectomie est l'intervention gynéco-obstétricale la plus pourvoyeuse de complications urologiques. Ces dernières surviennent le plus souvent au moment de la section du pédicule utérin, du pédicule lombo-ovarien ou au cours de la dissection difficile de la zone de décroisement de l'uretère avec l'artère utérine au

cours des hystérectomies élargies [13].

Complications génitales

Dans notre série, elles étaient dues 7 fois sur 12 aux MEUA. Takongmo S et al [7], Mabula JB et al [14] avaient eu des résultats similaires avec respectivement 56,9% et 86,8% de complications génitales suite à des MEUA. En fait les avortements clandestins se font le plus souvent par voie endo-vaginale favorisant ainsi les lésions génitales [15].

Complications digestives

Dans notre étude, elles relevaient dans 8 cas sur 12 des interventions gynéco-obstétricales par voie abdominale, la plupart chez des patientes avec antécédents de chirurgie pelvienne. Ceci s'expliquerait par le fait que les adhérences pelviennes postopératoires favorisent la survenue de complications digestives lors d'une nouvelle intervention gynéco-obstétricale par voie abdominale [16].

6- Découvertes opératoires

Complications urologiques : Avec 8 cas sur 9, les lésions urétérales étaient les plus fréquentes des lésions urologiques comme déjà signalées par plusieurs auteurs [4, 10, 11]. Pour certains auteurs [11] dont nous même, les lésions urétérales dominantes étaient : ligature urétérale, section urétérale et plaie urétérale partielle. Par contre pour d'autres [4, 5, 17], les lésions urétérales étaient dominées par les fistules urétéro-vaginales.

Complications génitales

Dans notre série, nous avons recensé 18 cas de complications génitales majoritairement dues aux manœuvres endo-utérines. Elles étaient dominées par les lésions utérines (13 cas). Takongmo S et al [7] ont dans leur étude, rapporté un résultat similaire : 69% de lésions utérines. De plus les lésions utérines des MEUA étaient dominées dans notre travail par la perforation utérine (6 cas sur 18 cas de complications génitales). Des constats similaires ont été faits par d'autres auteurs [5, 7].

Complications digestives

L'abcès du cul-de-sac de Douglas était la lésion digestive la plus fréquente (5 cas sur 10), suivi de plaie du grêle (4 cas sur 10). Ces lésions digestives étaient également les plus fréquentes dans les publications de Rakotondraisoa JM et al [9] et Attipou K et al [5] avec respectivement 26,1% et 38% d'abcès du cul-de-sac

de Douglas. En revanche d'autres auteurs ont rapporté dans leur étude que ce sont plutôt les lésions intestinales qui prédominaient les complications digestives [7, 14].

7- Gestes opératoires

Complications urologiques

Pour les cas de section complète de l'uretère pelvien et de plaie partielle de l'uretère pelvien, la réimplantation urétéro-vésicale a été le seul geste opératoire pratiqué. Signalons que d'autres possibilités thérapeutiques existent dans ces cas [3]. La réimplantation urétéro-vésicale a été également le geste opératoire le plus pratiqué dans les études d'autres auteurs [4, 5, 10, 12]. Pour les 3 cas de ligature de l'uretère pelvien, l'urétérolyse a été possible avec reprise de la fonction urétérale évitant ainsi les gestes opératoires plus complexes [17].

Complications génitales

Pour les 13 cas de lésions utérines, l'hystérorraphie a été réalisée avec succès chez 11 patientes permettant ainsi la conservation de l'utérus qui reste le souci permanent de tous les auteurs [7].

Complications digestives

Dans notre étude, les abcès du cul-de-sac de Douglas ont été évacués par laparotomie. D'autres auteurs [18] préfèrent l'évacuation des abcès du cul-de-sac de Douglas par voie coelioscopique à cause de ses nombreux avantages par rapport à la laparotomie.

8- Evolution

Elle était d'emblée favorable dans 61,8% des cas (21 patientes) et secondairement favorable dans 32,3% des cas (11 patientes) avec une morbidité dominée par les suppurations pariétales (7 cas sur 11). Le même constat a été fait par Mèhinto DK et al [19]. La mortalité était de 5,9% (2 patientes). Le terrain a peut être joué un rôle dans l'issue fatale de ces patientes : virus de l'immunodéficience acquise pour l'une et dénutrition pour l'autre.

CONCLUSION

Les complications uro-génito-digestives des actes gynéco-obstétricaux ont surtout concernées les jeunes. Les complications génitales, plus fréquentes, faisaient pour la plupart suite aux manœuvres endo-utérines. Traitées, l'évolution des complications uro-génito-digestives a été surtout favorable.

REFERENCES

1. Kernbaum S, Grünfeld JP, Costa JM, Delatour F. Dictionnaire de médecine. 7ème édition, Paris, Flammarion, 2001, 1035 pages.
2. Mayi-Tsonga S, Diallo T, Litovchenko O, Metogho M, Ndombi I. Etude comparée des complications des avortements clandestins : misoprostol versus autres méthodes abortives. Clin Mother Child Health 2009; 6 (1): 983-7.
3. Klap J, Phé V, Chartier-Kastler E, Mozer P, Bitker MO, Rouprêt M. Etiologies et traitements des plaies iatrogènes de l'uretère : analyse de la littérature. Prog Urol 2012; 22: 913-9.
4. Diallo MB, Diallo AT, Sow KB, Guirassy S, Diallo IS. Les complications urologiques de la chirurgie gynécologique : à propos de 16 cas. Ann Urol 2001; 35: 210-5.
5. Otiobanda GF, Mahougnon Guimbi KC, Odzébé AWS, Bouga PA, Houa C, Banga GA et al. Les traumatismes urétéraux au cours de la chirurgie pelvienne chez la femme congolaise. RAMUR 2011; 16 (1): 37-42.
6. Oboro VO, Dare FO, Fadiora SO, Aderounmu AOA, Adeoti ML, Ajadi AM. Ureteric injuries following pelvic operations. East Afr Med J 2002; 79 (11): 611-3.
7. Weledji EP, Elong F. Small bowel obstruction and perforation attributed to tubo-ovarian abscess following 'D' and 'C'. World J Emerg Surg 2013; 8 (1): 41.
8. Iloki LH, Zakouloulou-Massala A, Gbala-Sapoulou MV. Complications des avortements clandestins: à propos de 221 cas observés au CHU de Brazzaville (Congo). Med afr Noire 1997; 44 (5): 262-4.
9. Rakotondraisoa JM, Andrianampi HA, Rajoanarison JJC, Randriambelomanana JA. Les complications des avortements clandestins vus à l'hôpital universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo. Rev Med Madagascar 2013; 3 (2): 273-7.
10. Djé K, Lebeau R. Les complications uro-génitales de la chirurgie pelvienne et du canal inguinal : au sujet de 15 observations. Afr J Urol 2005; 11(3): 197-202.
11. Tazi MF, Ahallal Y, Ahsaini M, El Fassi MJ, Farih MH. Plaies vésicales d'origine gynéco-obstétricale : mise au point à propos de 20 cas. J Maroc Urol 2010; 17: 17-21.
12. Sefrioui O, Benabbes Taarji H, Azyez M, Aboufalah A, El Kartoumi M, Matar N et al. Les fistules vésico-utérines d'origine obstétricale : à propos de 3 cas. Ann Urol 2002; 36 (6): 376-80.
13. Bentaleb H, Karni H, Karmouni T, Tazi K, El Khader K, Ibn Attya A et al. Fistules urétéro-vaginales: à propos de 15 cas. Afr J Urol 2009; 15 (3): 200-5.
14. Mabula JB, Chalya PL, Mchembe MD, Kihunrwa A, Massinde A, Chandika AB et al. Bowel perforation secondary to illegally induced abortion: a tertiary hospital experience in Tanzania. World J Emerg Surg 2012; 7 (1): 29.
15. Buambo-Bamanga SF, Oyere Moke P, Doukaga-Moussavou RA, Ekoundzola JR. Hystérectomie d'indication gynécologique au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Clin Mother Child Health 2009; 6 (2): 1113-6.
16. Chapron C, Pierre F, Querleu D, Dubuisson JB. Complications de la coéloscopie en gynécologie. Gynecol obstet Fertil 2001; 29: 605-12.
17. Karmouni T, Patard J-J, Bensalah K, Manunta A, Guille F, Lobel B. Prise en charge urologique des traumatismes iatrogènes de l'uretère. Prog Urol 2001; 11: 642-6.
18. Kohen L, Coimbrac C, Deroover A, Nsadi B, Kaba A, Lauwick S et al. La cholécystectomie sans cicatrice visible: la chirurgie laparoscopique par incision ombilicale unique. Rev Med Liège 2010; 65 (10): 543-4.
19. Mèhinto DK, Olory-Togbé JL, Padonou N. Les complications d'appendicectomie pour appendicite aiguë au Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou. Med Afr Noire 2004; 15 (6): 361-5.