

L'HYSTERECTOMIE VAGINALE DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL DU POINT G

MOUNKORO N¹, TÉGUÉTÉ I, TRAORÉ Y¹, DIARRA F, SISSOKO S¹, DIALLO FS¹, TRAORÉ M², DOLO A¹

¹Service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital du Point « G », Bamako;

²Centre de Santé de Référence de la Commune V, Bamako;

³Direction Centrale du Service de Santé des Armées, Bamako.

RÉSUMÉ

Notre étude consistait à évaluer la prévalence, préciser les indications et de décrire les complications per et post-opératoires de l'hystérectomie vaginale. dans le service de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital du Point « G ». Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive portant sur 58 cas d'hystérectomies vaginales dans le service de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital du Point « G » janvier 1995 et décembre 2000. L'hystérectomie vaginale représentait 27,3% des hystérectomies réalisées dans le service. L'âge moyen des patientes était de 56 ±2 ans. La parité moyenne était de 8. Dans 91,4% des cas, cette intervention était un temps de la cure d'un prolapsus génital du 3^{ème} degré. Dans les autres cas, l'indication était une ménométrorragie dans 5,2%, un fibrome accouché par le col et une dysplasie cervicale de haut grade dans respectivement 1,7% et 1,7% des cas. Les complications per et post-opératoires étaient dominées par l'infection périnéale (5,2%), les hémorragies (1,7%), et la rétention d'urine (1,7%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 7±2 jours. L'hystérectomie vaginale est faisable dans notre contexte et la morbidité reste dans les limites acceptables. En raison des avantages, cette technique doit être vulgarisée.

Mots Clés : Hystérectomie vaginale, complications

ABSTRACT

VAGINAL HYSTERECTOMY IN THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY OF THE Point "G" HOSPITAL

Our survey consisted in evaluating the prevalence, specifying the indications and describing per and post - operation complications of vaginal hysterectomy in the Department of Gynecology and Obstetrics of the National Hospital of "Point G". We conducted a descriptive retrospective survey on 58 cases of vaginal hysterectomies performed in that Department from 1995 to December 2000. Vaginal hysterectomies represented 27.3% of all hysterectomies done in the Department. The mean age of the patient was of 56 ±2 years. The mean parity was 8. In 91.4% of cases this intervention was a step of the cure of a 3rd degree genital prolapsus. Ménométrorragia represented 5.2%, myomatus delivered by the cervix represented 1.7% and high rank cervical dysplasis was 1.7%. Per and post - surgery complications were dominated by perineal infections (5.2%), hemorrhage (1.7%) and urine retention (1.7%). The mean length of hospitalization was of 7±2 days. Vaginal hysterectomy is practicable in our context and secondary morbidity remains within acceptable limits. Because of its advantages this technique must be popularized.

Key words: Vaginal hysterectomy, complications.

Introduction

L'hystérectomie est une ablation chirurgicale du tissu utérin enlevant le corps et le col de l'organe. En raison des pathologies souvent retrouvées sur col restant, seule l'hystérectomie totale doit être retenue. Elle est l'intervention gynécologique la plus fréquemment pratiquée (1, 2). On estime le nombre d'hystérectomies par an à 71000 en France (3), 604121 aux États-Unis (4) et à 72362 en Angleterre (5). La voie d'abord est abdominale, vaginale et récemment coelioscopique. La voie vaginale doit être la technique de base pour l'hystérectomie (14) puisqu'elle est sûre, moins emboligène, économique et esthétique. L'intérêt de cette technique est aussi sa faible morbi-mortalité (6,7). Au Mali, l'hystérectomie vaginale n'a fait l'objet d'aucune étude. Le présent travail a été initié dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Point G afin de déterminer sa fréquence, préciser ses indications et rapporter ses complications.

Méthodologie

L'étude s'est déroulée au service de Gynécologie obstétrique de l'Hôpital National du Point G, une structure nationale de troisième référence.

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive entre janvier 1995 et décembre 2000.

Nous avons inclu toutes les hystérectomies effectuées par voie vaginale ou mixte dans le service quel que soit les indications.

Ont été exclues de l'étude toutes les hystérectomies effectuées dans d'autres services mais qui ont consulté dans notre service pour prise en charge; ainsi que les dossiers incomplets et inexploitable. L'indication opératoire posée par un praticien était discutée au cours d'une réunion regroupant tous les spécialistes du service et validée sur la base d'arguments cliniques et/ou paracliniques.

Le recueil des données a été fait à l'aide de fiches d'enquête complétées à partir du dossier des malades, du registre de compte-rendu opératoire et du registre d'hospitalisation.

Les variables étudiées étaient relatives à l'âge, la parité, la provenance, l'ethnie, la profession, le

statut matrimonial, la ménopause, les antécédents chirurgicaux, les indications, les complications et la durée d'hospitalisation.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-info version 6.0 du CDC de l'OMS. Nous avons adopté une représentation tabulaire et graphique des données. Le test exact de Fisher a été utilisé pour comparer les variables qualitatives; l'Odds ratio a été calculé pour estimer le niveau de l'association entre le recours à la voie mixte et les antécédents de chirurgie pelvienne. Nous avons choisi un risque alpha égal à 5%.

Résultats

Nous avons enregistré pendant la période d'étude, 58 hystérectomies par voie vaginale sur 212 hystérectomies pratiquées dans le service soit une fréquence de 27,3%. Le tableau I présente l'évolution par année des hystérectomies vaginales. L'âge moyen était de 56±2 ans avec des extrêmes de 23 à 78 ans et un écart type de 10 ; et 93,2% des patientes (54/58) étaient ménagères. La répartition des patientes selon le statut matrimonial a montré que 74,1% d'entre elles (43/58) étaient mariées. Elles venaient majoritairement du district de Bamako, 70,7% (41/58). Parmi les 6 malades ayant des antécédents chirurgicaux, 4 avaient bénéficié d'une cure de prolapsus alors que les 2 autres patientes avaient bénéficié respectivement d'une cure herniaire et d'une plastie vaginale. Nous avons présenté sur la figure 1, la répartition des patientes en fonction de la parité. L'hystérectomie vaginale était un temps opératoire de la cure du prolapsus génital du troisième degré dans 91,4% des cas (53/58). Elle était aussi indiquée pour ménorragies rebelles au traitement médical dans 5,2% (3/58) et pour respectivement fibrome accouché par le col et dysplasie cervicale de haut grade dans 1,7% des cas. L'hystérectomie était interannexielle et associée à une triple opération périnéale dans 57,2% des cas (32/58), puis associée à une annexectomie et à la triple opération périnéale dans 34,3% (21 /58). La voie mixte a été pratiquée dans 8,5% des cas (5/54).

L'anesthésie péridurale a été utilisée dans 45,2% (26/58), la rachianesthésie 38,6% (22/58) et l'anesthésie générale 16,2% (10/58). Nous avons noté 1 cas de complication per opératoire à type d'hémorragie ayant nécessité une transfusion. Les complications post-opératoires ont été l'hémorragie secondaire dans 1 cas, la rétention d'urine dans 1 cas et les infections périnéales dans 3 cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 7±2 jours avec des extrêmes de 5 à 21 jours (figure 2). Aucun cas de décès n'a été observé au cours de cette étude. Dans le Tableau II, nous avons étudié le recours à la voie mixte selon les antécédents de chirurgie pelvienne.

Discussion

La fréquence de l'hystérectomie vaginale était de 27,3%. La fermeture du bloc opératoire pendant 9 mois pour rénovation en 1997, le rejet de tous les dossiers inexploitable pourraient expliquer la

faible taille de l'échantillon. La fréquence de l'hystérectomie vaginale est variable selon les pays et dépend beaucoup de l'expérience des équipes (8). La fréquence observée au cours de cette étude était plus faible que celle rencontrée en France, elle était de 77,9% en 2001 (9) contre 76,9% en 2003 (10). En Angleterre, au cours d'une étude qui s'étalait sur 5 ans, Varma et *al.* (5) notaient une fréquence de 32% au début 95% à la fin de l'étude. La faible pratique de l'hystérectomie vaginale dans notre service expliquerait cette différence observée. Les patientes étaient de grandes multipares dans 69% des cas. L'âge moyen qui était de 56± 2 ans variait selon les auteurs entre 45 ans (11) et 58 ans (12). Dans notre étude l'hystérectomie a été mieux acceptée et à cause de l'âge avancé des patientes, alors que celle-ci serait très mal vécue à un jeune âge. Tous comme les résultats observés ailleurs (11, 7), nous avons aussi trouvé que l'hystérectomie vaginale était associée à la cure de prolapsus par voie basse. Au Gabon en 2003 (13), elle était indiquée dans 40% pour prolapsus utérin, 38% pour fibrome utérin, et 20% pour dysplasie cervicale de haut grade.

Le recours à la voie mixte était 5 fois sur 6 lié aux antécédents de chirurgie pelvienne. La faible taille de l'échantillon n'avait pas permis de mettre en évidence une relation statistique entre les antécédents de chirurgie pelvienne et le recours à la voie mixte. L'existence de tels antécédents augmenterait le taux de complication per opératoires. Ainsi, sur une série de 4285 hystérectomies vaginales, Mathevet et *al.*, ont enregistré 144 antécédent de césarienne et 9 cas de lésions vésicales en France (7). Dans notre série, nous avons noté 6 cas de complications dont 2 hémorragies. Si la taille de notre échantillon ne nous autorise pas de conclusion, une méta analyse sur 10110 cas à permis de mettre en évidence une relation statistiquement significative entre les hémorragies, les lésions vésicales, digestives et les antécédents de césarienne (10). Selon les résultats de cette étude, les complications seraient surtout associées aux gestes chirurgicaux concomitants à l'hystérectomie, et ne dépendaient pas seulement de l'opérateur et des antécédents chirurgicaux.

La durée d'hospitalisation de 7±2 jours que nous avons observée était comparable à celle enregistrée en Finlande (12), alors quelle était plus longue que celles observées en France (9).

Les résultats de notre travail montrent que l'hystérectomie vaginale est une technique réalisable dans notre service. Les avantages liés à cette voie d'abord (mortalité nulle, faible morbidité et courte durée d'hospitalisation) en font une technique de choix pour les pays en développement.

RÉFÉRENCES

1. GROSDÉMOGE I, BLERET-MATTART V, VON THEOBALT P, DREYFUS M. Les complications de l'hystérectomie par voie vaginale sur utérus non prolabé. Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction. 2000,29:478-484.

2. MAKINEN J, JOHASSON J, TOMAS C, TOMA E, HEINONEN P. K, LAATIKAINEN T, ET AL. Morbidity of 10110 hysterectomies by type of approach. Human Reproduction. 2001, 16(7) :1473-1478.

3. LANSAC J, BODY G, MAGNIN G. La pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique. Paris, Masson, 1998, pp.360.

4. Kovac R. Hysterectomy outcomes in patients with similar indications. Obstetrics and gynecology. 2000, 95(6) :787-793.

5. VARMA R, MRCOG, TAHSEEN S, MBBS, LOKANGAMAG A. U, MRCOG AND KUNDE D, MRCOG. Vaginal route as the norm when planning hysterectomy for benign conditions : change in practice. Obstetrics and Gynecology. 2001, 97(4) :613-616.

6. VON THEOBALD P, GROSDÉMOUGE I. Hystérectomie vaginale: technique opératoire. Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction .2002, 31:589-596.

7. MATHEVET P, VALENCIA P, COUSIN C, MELLIER G, DARGENT D. Operative injuries during vaginal hysterectomy. European Journal of Obstetrics and gynecology and Reproductive Biology. 2001, 97 :71-75.

8. QUERLEU D. Techniques chirurgicales en Gynécologie, Paris MASSON, 2^{ème} éd., 1998 pp 281

9. COSSON M, LAMBAUDIE E, BOUKERROU M, QUERLEU D, CREPIN G. Vaginal, Laparoscopic, or abdominal hysterectomies for benign disorder: immediate and early postoperative complications. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. 2001, 98 :231-236.

10. BOUKERROU M,; LAMBAUDIE E, COLLINET P, CREPIN G, COSSON M. A history of cesareans is a risk factor in vaginal hysterectomies. Acta obstet. Gynecol. Scand. 2003 82 (12): 1135 – 1139.

11. CYNTHIA M, FARQUHAR, FRANZCOG, STEINER CA. Hysterectomy rates in United Sates 1990-1997. Obstetrics and Gynecology. 2002, 199(2) : 229-234.

12. MELTOMAA SS, MAKINEN JL, TAALIKKA MO AND HELENIUS. Incidence, risk factors and outcome of infection in a 1-year hysterectomy cohort : a prospective follow-up study. Journal of hospital Infection. 2000, 45 :211-217.

13. MAYI- TSONGA S, PITHER S, OGOWET IGUMU N. L'hystérectomie vaginale au centre hospitalier de Libreville (Gabon). Med d'Afr. Noire. 2003, 50(4): 149-154.

Tableau I: Fréquence annuelle des hystérectomies vaginales dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Point G de 1995 à 2000.

Années	Effectifs	Fréquence
1995	6	11,2
1996	2	3,4
1997	12	20,5
1998	18	30,9
1999	10	17
2000	10	17
Total	58	100

Tableau II: Relation entre les antécédents de chirurgie pelvienne et la voie d'abord de l'hystérectomie dans le service de gynécologie de l'hôpital du Point G de 1995 à 2000.

Antécédents de chirurgie pelvienne	Voie mixte		Total
	OUI	NON	
OUI	5	1	6
NON	1	51	52
Total	6	52	58

Figure 1: Répartition des hystérectomies vaginales en fonction de la parité au service de gynécologie de l'hôpital du Point G de 1995 à 2000.

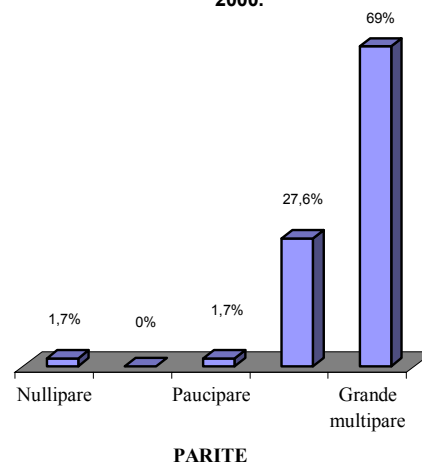


Figure 2: Répartition des hystérectomies vaginales en fonction de la durée d'hospitalisation au service de gynécologie de l'hôpital du Point G de 1995 à 2000.

