

## Article Original

**HYSTERECTOMIE D'INDICATION GYNECOLOGIQUE AU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE.**

BUAMBO-BAMANGA S.F.; OYERE MOKE P.; DOUKAGA MOUSSAVOU R.A.; EKOUNDZOLA J.R.

(Manuscript N°C162. Received 28/09/2009. Accepted in revised form 18/12/2009) *Clin Mother Child Health* 2009; Vol 6, N° 2: 1113-1116

**RESUME:**

Il s'agit d'une étude rétrospective à recueil transversal menée sur une période de 5 ans. Elle s'est déroulée du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2007 dans les services de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire (C.H.U) de Brazzaville. Les objectifs étaient de déterminer la fréquence de l'hystérectomie, d'analyser les indications et d'inventorier les complications. Nous avons recensé et inclus toutes les patientes ayant subi une hystérectomie d'indication gynécologique. Pendant la période d'étude, la fréquence des hystérectomies par rapport à toute l'activité chirurgicale a été de 6,6%. L'âge moyen de nos patientes était de 42,7 ans. Les indications ont été dominées par les fibromes utérins (63,9%) et les prolapsus utérins (17,5%). La voie d'abord a été abdominale dans 82,5% et vaginale dans 17,5%. Les hystérectomies ont été totales dans 89,6% et subtotaux dans 10,4%. Les complications les plus observées en période per-opératoire ont été les hémorragies (68,6%) et les infections (81,2%) en post-opératoire. La mortalité maternelle était de 1,6%. Ce travail a permis de constater que l'hystérectomie est fréquente au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. Son indication majeure est le fibrome utérin. Les complications sont dominées par les hémorragies en période per opératoire et les infections en post-opératoire. La lutte contre ces complications doit passer par la pose correcte de l'indication et la prise en charge précoce de ces patientes.

**MOTS CLES:** Hystérectomie- Indications - Complications - C.H.U Brazzaville.

**HYSTERECTOMY FOR GYNECOLOGICAL INDICATIONS AT BRAZZAVILLE TEACHING HOSPITAL CENTER.****ABSTRACT:**

This is a retrospective study carried out over a 5 year period, from January 1<sup>st</sup>, 2003 to December 31<sup>st</sup> 2007, in the obstetric and gynaecology unit of University Teaching Hospital (C.H.U) in Brazzaville. The objectives were to determine the frequency of the hysterectomy, analyze its indications and eventual complications. We enrolled all the patients who had undergone hysterectomy for gynaecologic reasons. During the study period, the frequency of hysterectomies compared to all surgical interventions was 6.6%. The mean age of the patients was 42.7 years. The main indications were uterine fibroids (63.9%) and uterine prolapses (17.5%). It was done abdominally in 82.5% and vaginally in 17.5%, and were total in 89.6% and subtotal in 10.4% of the patients. The most frequent per and post operative complications were hemorrhage (68.6%), and infection 81.2% respectively. Maternal death occurred in 1.6% of the patients. This study has shown that hysterectomies at the University Teaching Hospital in Brazzaville are frequent, with uterine fibroids being the main indication. The major complications are hemorrhage in the per operative period, and infection post-operatively. These complications could be reduced if surgery is well indicated, and close follow-up and adequate care is given to these patients.

**KEY WORDS:** Hysterectomy - Indications – Complications - C.H.U Brazzaville.

**I- INTRODUCTION**

L'hystérectomie est une intervention qui consiste à pratiquer l'ablation de l'utérus. Elle peut emporter la totalité de l'utérus (hystérectomie totale) ou laisser le col en place (hystérectomie subtotaux). Elle peut parfois être associée à l'ablation

des organes de voisinage tels que les trompes et les ovaires (hystérectomie totale avec annexectomie uni ou bilatérale), la collerette du vagin (colpohystérectomie) avec lymphadénectomie (opération de Wertheim).

Actuellement, l'hystérectomie demeure une des interventions chirurgicales la plus pratiquée au monde, mais son taux varie d'une région à l'autre. Ce taux est tributaire des différences de niveaux socio-économiques, des systèmes de santé, du niveau d'éducation et du comportement psychosocial des populations.

Service de Gynécologie Obstétrique "B" B.P. 32  
Brazzaville Congo.

Correspondance: Dr BUAMBO-BAMANGA S.F., Service de  
Gynécologie Obstétrique "B" B.P. 32 Brazzaville Congo;  
(002425589910), E-mail: [buambo@yahoo.fr](mailto:buambo@yahoo.fr)

Beaucoup de femmes considèrent l'utérus comme une partie indispensable de la féminité et par conséquent de la sexualité. C'est ainsi qu'avant de procéder à une hystérectomie, il est nécessaire de penser aux conséquences physique et psychique de la femme et surtout à son avenir obstétrical si elle désire encore la maternité.

Dans les pays développés, la pratique de l'hystérectomie est en nette diminution en raison de l'amélioration du dépistage et du traitement précoce des lésions précancéreuses au niveau du col de l'utérus [1]. Par contre, cette intervention demeure encore fréquente dans les pays en développement et c'est pourquoi nous nous sommes fixés comme buts de déterminer sa fréquence, d'analyser ses indications et d'inventorier ses complications.

## II- PATIENTES ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective des patientes chez qui a été pratiquée une hystérectomie pour pathologies gynécologiques dans les services de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire (C.H.U) de Brazzaville du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2007. Nos objectifs étaient de déterminer la fréquence de l'hystérectomie, d'analyser les indications et d'inventorier les complications.

L'ensemble des patientes âgées de 14 ans et plus a constitué la population d'étude. Pour chacun des dossiers étaient analysés : l'âge, les indications et les complications.

S'agissant du geste chirurgical, étaient collectées pour chaque cas : l'indication précise de l'hystérectomie, la voie d'abord décidée (voie haute ou vaginale) et l'existence éventuelle de gestes associés (kystectomie, annexectomie, lymphadénectomie).

Les pièces opératoires étaient pesées immédiatement après exérèse et systématiquement adressées en anatomopathologie. Toutes les complications per et/ou post opératoires étaient recensées. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi-info (version 6, 04).

Les résultats sont exprimés sous forme de moyenne, les proportions, sous forme de pourcentage.

## III- RESULTATS

Du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2007, 5.388 patientes ont été opérées dans nos services de gynécologie obstétrique dont 366 pour une hystérectomie d'indication gynécologique, soit une fréquence de 6,8%. L'âge moyen de nos patientes a été de 42,7 ans avec des extrêmes allant de 14 à 82 ans. La tranche d'âge de 45 à 49 ans était la plus représentée (141 patientes, soit 38,5%). Quatre patientes (1,09%) avaient moins de 15 ans.

Les indications d'hystérectomie étaient dominées par : les fibromes utérins (234 patientes, 63,9%), suivi de prolapsus utérins (64 patientes, soit 17,5%) et de cancers gynécologiques (52 patientes, soit 14,2%). Nous avons noté 12 cas (3,3 %) d'hystérectomie pour perforation utérine après un avortement provoqué clandestin et 4 cas (1,1%) pour une hyperplasie endométriale.

La voie abdominale (haute) a été la plus utilisée (302 patientes, 82,5%) par rapport à la voie vaginale (64 patientes, 17,5%). Les hystérectomies ont été dans 328 cas (89,6%) totales et dans 38 cas (10,4%) subtotaux. Les complications ont été recensées chez 152 patientes (41,5%). Parmi ces patientes, 35 (23%) avaient des complications per opératoires et 117 (77%) des complications post-opératoires.

Les complications per opératoires étaient dominées par les hémorragies (24 patientes, 68,6%) et post-opératoires par les infections (95 patientes, soit 81,2%). Ces infections ont été beaucoup plus les suppurations pariétales (88 patientes, soit 92,6%). Huit plaies urinaires (22,8%) ont été notées parmi les complications per opératoires et trois fistules vésico-vaginales (2,6%) parmi les complications post opératoires.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 9 jours (5 à 21 jours). Six cas de décès (1,6%) ont été enregistrés et causés dans 5 cas (1,4%) par le choc hypovolémique et dans 1 cas (0,3%) par le sepsis.

**Tableau I :** Répartition des hystérectomies selon l'âge des patientes.

Age (ans)	Nombre	%
14-24	12	3,3
25-35	21	5,7
36-40	43	11,8
41-45	62	16,9
46-50	79	21,6
51-55	52	14,2
56-60	50	13,6
>61	47	12,9
<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>100</b>

**Tableau II-** Répartition des hystérectomies selon leurs indications.

Indications	Nombre	%
Fibrome utérin	234	63,9
Prolapsus utérin	64	17,5
Cancers gynécologiques	52	14,2
Perforation utérine après avortement provoqué clandestin	12	3,3
Hyperplasie endométriale	4	1,1
<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>100</b>

**Tableau III-** Répartition des hystérectomies selon leurs complications.

Complications	Nombre	%
<b>Per-opératoires</b>	<b>35</b>	<b>23</b>
Hémorragie	24	15,8
Plaies urinaires (vessie, uretère)	8	5,3
Plaies intestinales (grêle, colon)	3	2
<b>Post opératoires</b>	<b>117</b>	<b>77</b>
Suppurations pariétales	88	57,9
Anémie	15	9,8
Infection urinaire	10	6,6
Fistules vésico-vaginales	3	2
Sepsis	1	0,6
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>100</b>

#### IV- DISCUSSION

Nous avons relevé 366 cas d'hystérectomie sur 5.388 interventions pendant la période de notre étude, soit une fréquence de 6,8%. Ailleurs, certains auteurs [2] ont rapporté des fréquences plus élevées allant jusqu'à 50% chez les femmes de race noire par rapport à celle de

race blanche. Notre fréquence s'expliquerait par le fait que la plupart de nos patientes s'oriente encore vers les tradipraticiens qui leurs proposent des solutions traditionnelles (tisanes) en lieu et place de la médecine moderne (chirurgie) qui coûte chère et souvent supportée par la patiente seule. Notre moyenne d'âge est superposable à celle rapportée par RAZAFINDRABE et al en Madagascar [3] qui est de 42,5 ans.

Les indications des hystérectomies étaient dominées par les fibromes utérins suivis des prolapsus et des cancers gynécologiques. La fréquence élevée de fibrome utérin a déjà été rapportée dans l'ordre de 20% chez la femme de plus de 35 ans [4]. Dans leur analyse établie en 2001, LEVEQUE et al [5] en France avaient montré la prédominance de la pathologie bénigne de l'utérus dans l'ordre de 70% dans les indications des hystérectomies gynécologiques. Notre taux élevé des fibromes utérins s'expliquerait par la fréquence élevée de cette pathologie chez la femme de race noire et ceci a déjà été rapporté par d'autres auteurs [2,3].

La multiplicité des formations médicales privées dont l'une des activités principales reste la pratique des avortements provoqués avec des complications à type de perforations utérines est responsable des hystérectomies dans l'ordre de 3,3% dans notre étude.

La voie d'abord abdominale demeure la plus fréquemment utilisée dans notre série. Il s'agit d'une incision médiane sous-ombilicale et d'une incision de Pfannenstiel dans la majorité des cas (82,5%). Cette préférence s'explique par le volume très important des fibromes qui souvent atteignent au moins l'ombilic. La médiane sous-ombilicale, prolongée souvent en sus-ombilicale, offre de meilleures conditions d'exploration de la cavité abdominale en cas d'hystérectomie pour gros fibrome et de chirurgie cancéreuse.

Dans sa série, CRAVELLO et al [6] a utilisé la voie abdominale dans 30,3% pour fibromes utérins et dans 45,7% pour cancers gynécologiques. La voie vaginale n'a été utilisée dans notre série que pour les prolapsus utérins, souvent chez les patientes âgées. Ainsi, nous pensons que cette voie peut être enseignée et proposée pour les lésions bénignes si les conditions anatomiques ne s'opposent pas à sa réalisation et si le plateau technique est amélioré. Dans notre étude, cette voie vaginale a été une alternative pour la réduction de la morbidité et la mortalité de ces patientes âgées.

L'hystérectomie totale représente 89,6% de nos cas contre 10,4% des hystérectomies subtotaux. La faible pratique du frottis cervico-vaginal par notre population qui est presque exclusivement constituée de malades indigentes a constitué la motivation de la pratique de cette technique (hystérectomie totale). Parmi les patientes

opérées, 41,5% avaient présentés une complication en per ou post opératoire. Ces complications sont dominées par les hémorragies (per opératoire) et les infections (post opératoire).

Nos résultats sont similaires de ceux rapportés par la littérature où ces complications représentent 30 à 60% des cas [4, 6- 9]. La fréquence élevée des infections et des hémorragies dans notre étude est liée à la dégradation de notre plateau technique et à l'inexpérience de certains chirurgiens qui sont en majeure partie des médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique. Les lésions urinaires ont été plus rencontrées dans la chirurgie cancéreuse du col. Les fistules vésico-vaginales observées ont souvent fait suites aux chutes des escarres post-opératoires (tissus coagulés au bistouri électrique).

Nous avons enregistré six décès maternels soit un taux de 1,6%. Ce taux est plus élevé que celui rapporté par LAMBAUDIE et al [8] en France qui est de 0,04% dans un pays développé.

Ces décès dans notre étude sont dus principalement au choc hypovolémique par manque de dérivés sanguins et au sepsis causé par les mauvaises conditions d'asepsie.

#### V- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'hystérectomie d'indication gynécologique est une des interventions la plus pratiquée dans notre service. Elle a concerné les patientes de tout âge mais avec une prédominance entre 35 et 50 ans. Son indication principale a été le fibrome utérin. Ses complications per-opératoires ont été les hémorragies tandis que les infections (suppurations pariétales) dominaient dans le post-opératoire. L'amélioration du plateau technique nous éviterait les infections et le diagnostic précoce des lésions précancéreuses du col nous

épargnerait cette chirurgie lourde qu'est l'opération Wertheim ■

---

#### REFERENCES:

1. Bachman GA. Hysterectomy. A critical review. *J Reprod Med* 1990; 35: 839.
2. Kjeruff KH., Guzinski GM, Langenberg PW, Stoley PD, Adeler Moyen E, Kazandjan V A. Hysterectomy and race. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 757-64.
3. Razafindrabe JA, Rabarvaona M, Rakotoarisoa B, Randriamaro B, Rajaonarivony T. Les raisons de l'hystérectomie dans un service de gynécologie obstétrique. *Med Afr Noire* 2002; 49: 167-8.
4. Lansac J, Lecomte P. Fibromes utérins. *Gynécologie pour le praticien*. 2è ed. Paris: SIMEP SA; 1984.p.60-72.
5. Leveque J, Eon Y, Collado B, Fouchrer F, Chaperon D, Fournier A. Hystérectomie pour pathologie bénigne en région Bretagne: analyse des pratiques. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2001; 30: 325-30.
6. Cravello L, Bretelle F, Cohen D, Roger V, Giuly J, Blanc B. L'hystérectomie vaginale: à propos d'une série de 1.008 interventions. *Gynécol Obstét Fertil* 2001; 288-94.
7. Blanc B, Bloubli L. Les fibromes utérins. *Gynécologie*. ed. PRADEL: Paris; 1989.p. 325-35.
8. Lambaudie E, Boukerron M, Cosson, Querlen D, Crépin G. Hystérectomie pour lésions bénignes: complications per opératoires et post opératoires précoces. *Ann Chir* 2000; 125:340-5.
9. Dia A, Beye SB, Dangou JM, Dieng M, Moreau JC. Les fibromes utérins à la clinique chirurgicale du C.H.U de Dakar: à propos de 140 cas opérés en deux ans. *Dakar Méd* 2003; 48(2): 72-6.