



Article Original

Hystérectomies d'Hémostase à Bamako: Aspects Épidémiocliniques et Pronostic Maternel

Clinical features and maternal prognosis in situation of emergency obstetrical hysterectomy at Bamako

Camara D¹, Kone J², Sidibe A¹, Bocoum A³, Sissoko H¹, Traore SO¹, Albachar H¹, Tall S¹, Traore OM¹, Coulibaly Y², Traore Y³, Teguede I³, Traore M¹.

RÉSUMÉ

1. Service de Gynécologie-Obstétrique CSREF CV.- Bamako
2. Service d'Anesthésie Réanimation CSREF CV.- Bamako
3. Service de Gynécologie-Obstétrique CHU Gabriel Touré.- Bamako

Auteur correspondant :
Dr Daouda Camara -
daoudacamara961@yahoo.fr

Mots clés : hystérectomie d'hémostase, indications, pronostic maternel.

Key words: emergency obstetrical hysterectomy, Indications, maternal prognostic.

Objectif. Étudier les aspects épidémiocliniques et le pronostic maternel de l'hystérectomie d'hémostase (HH) à Bamako. **Patientes et méthodes.** Il s'agit d'une étude transversale mixte (rétrospective 1^{er} janvier 2007 et prospective au 31 décembre 2016), sur une période de 10 ans portant sur les cas d'HH réalisées au bloc opératoire du centre de santé de référence de la commune V de Bamako. N'ont pas incluses, les cas d'HH référés dans un centre hospitalier universitaire. Les variables étudiées étaient les données sociodémographiques et cliniques, l'importance du saignement, les gestes effectués avant l'hystérectomie et le pronostic postopératoire. L'analyse statistique a été réalisée avec SPSS. Le test de Chi2 a été utilisé pour les comparaisons avec un seuil de significativité de 0,05. **Résultats.** Nous avons colligé 101 cas d'HH sur 90 872 accouchements (0,11%). L'âge moyen des patientes était de 32,35±6,16 ans avec des extrêmes de 16 et 46 ans ; une notion de grande multiparité était retrouvée chez 53,47% des patientes. A l'admission, 76,24% des patientes présentaient une instabilité hémodynamique, nécessitant une transfusion de produits sanguins dans 94,06% des cas. Les principales indications de l'HH ont été l'atonie utérine (47,53%) et la rupture utérine (42,57%). La morbidité postopératoire était dominée par la suppuration pariétale (7,92%), l'oligurie à la 24^{ème} (9% dont 2% persistante à la 48^{ème} heure). Il y a eu trois décès (2,97%). **Conclusion.** L'HH est l'ultime élément de prise en charge de l'hémorragie du postpartum liée à l'atonie utérine, la rupture utérine ou les troubles de la coagulation. Elle est envisagée en cas d'échec ou d'absence des thérapeutiques et procédures conservatrices. La précocité de la prise en charge permet d'améliorer la morbidité postopératoire.

ABSTRACT

Objective. The aim of the study was to report epidemiological, clinical aspects and the maternal prognostic of emergency obstetrical hysterectomy (EOH). **Patients and methods.** This was a ten years cross sectional descriptive retrospective study (from January 2007 to December 2016) concerning all the EOH performed in the « Centre de santé de référence de la commune V » in the Bamako district (Mali). Patients referred to Teaching Hospitals were not included. The main study variables were sociodemographic and clinical status, severity of hemorrhage, treatment before hysterectomy and clinical outcome. Statistical analysis has been performed with SPSS 21.0, using the Pearson Chi-square test for comparisons for 0.05 as an alpha error. **Results.** 101 EOH were found out of 90 872 deliveries (0.11%). The average age of patients was 32.35±6 (range: 16 to 46 years). Grand multiparity was found in 53.47% of patients. On admission, 76.24% of patients were hemodynamically unstable, requiring blood transfusion in 94.06% of cases. Uterine atony (47.53%) and uterine rupture (42.57%) were the most frequent indications of EOH procedures. The main postoperative morbidities were oliguria (9%) and superficial surgical site infections (7.92%). The mortality rate was 2.97% (3 patients). **Conclusion.** EOH is a rare and ultimate treatment of postpartum hemorrhage induced by uterine atony, uterine rupture or coagulation disorders. It is considered in failure or absence of conservatives procedures. An early management of such cases may positively impact postoperative morbidity and mortality.

INTRODUCTION

L’hystérectomie est l’ablation chirurgicale de l’utérus emportant généralement le corps et le col de l’organe, réalisable par voie abdominale, par voie vaginale, ou par cœlioscopie [1-2]. L’hystérectomie d’hémostase (HH) est faite en situation d’urgence afin d’arrêter un saignement menaçant le pronostic vital chez une patiente enceinte ou qui a accouché [3]. Il s’agit d’un traitement de dernière intention, indispensable devant certaines urgences obstétricales vitales notamment dans les pays à ressources limitées [4-6]. En 2007, sa fréquence elle était de 0,03% en France et 0,035% au Pays Bas [7]. Dans les pays à ressources limitées, cette fréquence reste élevée avec 0,4% et 1,25% selon les études, en l’absence de moyens conservateurs comme la radiologie interventionnelle (embolisation artérielle), d’une disponibilité suffisante en produits sanguins ou des facteurs de la coagulation [7]. Au Mali, très peu d’études ont été publiées sur cette problématique des HH. En pratique courante nous avons noté une augmentation sensible du nombre de recours à cette thérapeutique d’urgence. L’HH quoique d’indication formelle et pertinente, pose régulièrement des problèmes sur le plan éthique. L’exemple parfait serait l’HH chez une primipare admise pour rupture utérine avec un mort-né frais. L’objectif de notre étude était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques cliniques et le pronostic des hystérectomies réalisées au Centre de santé de référence de la commune V (CSREF CV) du district de Bamako.

PATIENTES ET MÉTHODES

Il s’agit d’une étude mixte réalisée dans le service de gynécologie et obstétrique du CSREF CV du District de Bamako sur une période de dix (10) ans ; rétrospective (1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2015) et prospective (1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2016), portant sur les cas d’hystérectomies d’hémostase. Les données étaient recueillies à partir des dossiers obstétricaux et les différents registres (admissions, accouchements, comptes-rendus opératoires). Les variables étudiées étaient : les caractéristiques sociodémographiques, les motifs d’admission, les facteurs de risque d’hémorragie du post partum immédiat (HPPI), les données cliniques, les indications d’hystérectomie, et les suites postopératoires. L’analyse statistique a été réalisée avec SPSS 21.0, avec des données exprimées en effectifs (pourcentages), en moyennes±écart-types ou en médianes [quartiles]. Les comparaisons ont été réalisées avec le test de Chi² avec un risque alpha fixé à 5%. Les principaux résultats ont été exprimés dans des tableaux et graphiques. L’étude a été validée par le comité scientifique d’établissement, et les auteurs ne déclarent aucun conflit d’intérêt.

RÉSULTATS

Durant la période d’étude nous avons enregistré 101 cas d’HH sur 90 872 accouchements soit une fréquence de 0,11%. L’âge moyen des patientes était de 32,35±6,16 ans avec des extrêmes de 16 et de 46 ans. Soixante deux (62) patientes (61,39%) étaient référées à partir d’un

centre de niveau I. L’accouchement a été fait par voie basse dans 60,4% des cas et par césarienne dans 39,6% des cas. Chez les patientes venant des centres de santé communautaires, l’HPPI était le motif prédominant d’évacuation (39%) suivi du travail prolongé (22%), l’hémorragie sur grossesse (14%) et de l’hématome retro placentaire (7%), (Figure 1).

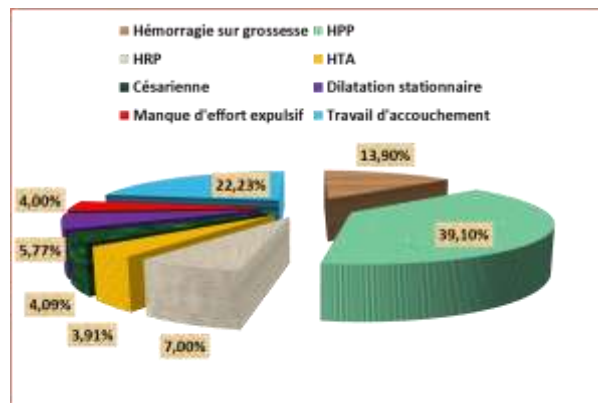


Figure 1 : Répartition des patientes selon le motif d’admission

Dix sept (17) patientes (16,83%) n’avaient pas eu de suivi prénatal (SP). Les multipares et grandes multipares représentaient 58,39% de l’échantillon. Douze patientes (11,88%) ne présentaient aucun facteur de risque classique d’HPPI. (Tableau I).

Tableau I : Répartition en fonction des facteurs de risque de l’hémorragie du postpartum immédiat

Facteurs de risque	Effectifs (%)
Multiparité	62 (58,39%)
Travail prolongé	11 (10,89%)
HRP	7 (9,93%)
Grossesse multiple	2 (1,98%)
Macrosomie	2 (1,98%)
Anémie	2 (1,98%)
Hydramnios	1 (0,99%)
Fibrome	1 (0,99%)
Aspiration manuelle intra-utérine	1 (0,99%)
Aucun	12 (11,88%)
Total	101 (100%)

A l’admission 76,24% des patientes avaient une instabilité hémodynamique avec des signes d’intolérance. Les principales indications de l’HH étaient l’atonie utérine (47,53%), la rupture utérine (42,57%), l’HRP avec trouble de coagulation (6,93%) (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patientes en fonction des indications de l’hystérectomie d’hémostase.

Indications d’hystérectomie	Effectifs (%)
Atonie utérine	48 (47,53%)
Rupture utérine	43 (42,57%)
Troubles de la coagulation	7 (6,93%)
Placenta accréta	2 (1,98%)
Perforation utérine post AMIU	1 (0,99%)
Total	101 (100%)

Les gestes thérapeutiques effectués avant la décision d'hystérectomie étaient : les mesures de réanimation (72,28%), la mise en place d'un ballonnet intra utérin de Bakri (20,79%), la triple ligature vasculaire (3,96%), les sutures des lésions cervicales et vulvovaginales (2,97%), (**Tableau III**).

Tableau III : Répartition des patientes en fonction des gestes effectués avant la décision d'hystérectomie

Gestes réalisés avant l'hystérectomie	Effectifs (%)
Massage utérin	48 (47,52%)
Oxytocine + misoprostol + Massage utérin	23 (22,78%)
Ballonnet intra utérin	21 (20,79%)
Suture des vaisseaux cervicaux	3 (2,97%)
Triple ligature vasculaire	4 (3,96%)
Hystérorraphie	2 (1,98%)
Total	101 (100%)

Les pertes sanguines ont été estimées à plus de 1000 ml chez 57,43% de nos patientes. Les produits sanguins transfusés étaient les CGR (94,06%) et les PFC (11,88%). Chez six patientes (5,94%) n'ont pas été transfusées. L'hystérectomie a été subtotale dans 91,1 % des cas.

La morbidité post-opératoire était dominée par l'oligurie (9% des cas), la suppuration pariétale (7,9% des cas) et deux cas (1,98%) de réaction post-transfusionnelle à type de rush cutanée et d'hyperthermie. Nous avons enregistré 3 de décès (2,97%) (**Tableau IV**).

Tableau IV : Répartition des patientes selon les complications post opératoires

Complications post opératoires	Effectifs (%)
Aucune	77 (78,58%)
Anémie décompensée	9 (9,18%)
Abcès de parois	8 (8,16%)
Décès	4 (4,08%)
Total	98 (100%)

DISCUSSION

L'hystérectomie d'hémostase est une chirurgie de sauvetage maternel en urgence après échec de tous les moyens usuels de prise en charge de l'hémorragie obstétricale [5-6]. Le choix de cette option thérapeutique dépend de plusieurs facteurs : la voie d'accouchement, l'origine et l'importance des saignements, la tolérance hémodynamique de la patiente, les moyens de prise en charge disponibles [8].

Sa fréquence reste encore élevée dans le monde, avec une prédominance dans les pays du sud [9]. Nous avons colligé 101 cas d'hystérectomies d'hémostase sur 90872 accouchements réalisés, soit une fréquence de 0,11% chez des patientes d'un âge moyen de 32,35±6,16 ans. Chawla et al rapportaient en Inde une incidence d'hystérectomie d'hémostase de 30 pour 100 000 dans les accouchements par voie basse, et de 270 sur 100 000 césariennes, avec toutefois une incidence globale estimée à 83 hystérectomies d'hémostase pour 100 000 accouchements [10]. L'accouchement par la voie basse a

concerné 60,4% de nos patientes. La grande multiparité (53,47%) était notée comme facteur de risque dans notre étude. Elle fragilise ainsi le myomètre et favorise donc les inerties et les ruptures utérines. Dans la littérature, la grande multiparité et le travail prolongé sont deux facteurs indépendants reconnus dans la survenue d'une hémorragie du postpartum. Des études expérimentales ont prouvé qu'une exposition prolongée à l'ocytocine pendant le travail pouvait entraîner la désensibilisation et la saturation de ses récepteurs [11]. Ceci explique la part du travail prolongé dans notre étude (12,51%). L'absence d'une prise en charge préventive en amont est un facteur identifié, d'autant plus que 16,83% de nos patientes n'avaient pas eu un suivi prénatal. Ainsi Nwobodo et al ont rapporté que la survenue des événements indésirables comme l'hystérectomie d'hémostase était statistiquement liée au suivi prénatal, notant une incidence de 1,82% chez les patientes n'ayant pas eu de suivi prénatal comparée à 0,07% chez les patientes suivies ($p<0,001$) [9].

Dans notre série l'utilisation des gestes comme le ballonnet intra utérin, la ligature vasculaire avait précédé l'HH comme dans la majorité des études publiées [9]. L'absence de l'embolisation artérielle pourrait être la base de l'augmentation de l'incidence des HH.

L'indication majeure de l'hystérectomie était l'instabilité hémodynamique (hypotension ou état de choc hémorragique dans 76,24%) après échec des thérapeutiques usuelles (20,79% d'échecs pour la technique du ballon intra-utérin et 3,96% pour la triple ligature vasculaire). Les facteurs d'hémorragies étaient l'atonie et la rupture utérine avec 47,53% et 42,57% ; Nkwabong E et al ont rapporté la responsabilité de ces deux facteurs dans respectivement 61,1% et 33,3% des cas d'HH [11]. L'atonie utérine à elle seule était statistiquement équivalente à toutes les autres étiologies des hémorragies en termes de quantité de sang perdue ($p=0,125$).

L'hystérectomie a été subtotale chez 91,1% de nos patientes. Randriambelomanana et al en rapportaient un taux de 81% [13]. Des techniques chirurgicales d'hémostase visant au mieux à conserver l'utérus ont été décrites, notamment la technique de B-Lynch, de Hayman ou de Cho [8, 14-16].

La réanimation a consisté principalement à un remplissage vasculaire, par des cristalloïdes (sérum salé 0,9%), l'utilisation d'agents vasoconstricteurs, de catécholamines (administrés chez six patientes), la transfusion de produits sanguins labiles chez 94,06% des patientes avec dans certains cas la nécessité d'un abord veineux central. Le ratio 1 CGR/1PFC/1CP reste recommandé dans la stratégie transfusionnelle dans les hémorragies massives [17]. Ces dispositions ne sont pas toujours accessibles dans nos contextes de ressources limitées [7]. L'utilité de l'acide tranexamique, et du facteur VII activé recombinant (rFVIIa) a été démontrée par de nombreux auteurs [18-19]. L'oligurie a été constatée chez 9% et 2% des patientes respectivement à 24 heures et à 48heures postopératoires. L'atteinte de la fonction rénale serait secondaire à l'hypoperfusion et la nécrose tubulaire aiguë comme suggéré par des études

expérimentales [20]. La suppuration pariétale (7,92%) a été la seule complication infectieuse enregistrée dans ce contexte d'urgence. La morbidité périopératoire reste acceptable dans notre contexte comparativement à celle rapportée par Christopoulos P et al avec une morbidité de 46.6% et une mortalité de 6.6% après une étude de 15 cas de d'HH survenues sur 2000 accouchements. [21]. Notre taux de mortalité était de 2,97%. L'élément déterminant dans le pronostic de ces patientes semblait être l'hystérectomie associée aux gestes de réanimation, et surtout la précocité de la prise en charge.

CONCLUSION

L'hystérectomie d'hémostase est l'ultime élément dans la chaîne de traitement de l'HPPI secondaire le plus souvent à l'atonie utérine, la rupture utérine et les troubles de la coagulation. Elle est envisagée en cas d'échec ou d'absence des thérapeutiques et procédures conservatrices (utérotomies, massage utérin, ballon IU, triple ligature et embolisation artérielle). La précocité de la prise en charge (chirurgie d'hémostase, réanimation hydro-électrolytique, transfusion des PSL) permet d'améliorer la morbi-mortalité postopératoire.

RÉFÉRENCES

1. Mounkoro N, Teguede I, Traore Y. L'hystérectomie vaginale dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Point G. Mali Med. 2005; 20 :48-50
2. Chapron C, Dubuisson JB, Ansquer Y, Fernandez B. Hystérectomie totale pour pathologies bénignes. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998; 27: 55-61.
3. Goffinet F et al. Post-partum hemorrhages: recommendations for clinical practice by the CNGOF. Gynecol Obstet Ferti 2005; 33(4):268-74.
4. Khan KS et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet 2006; 367(9516):1066-74.
5. Miller S, Lester F, Hensleigh P. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage: new advances for low-resource settings. J Midwifery Womens Health 2004; 49(4):283-292.
6. Singhal S, Singh A, Raghunandan C, Gupta U, Dutt S. Uterine artery embolization: exploring new dimensions in obstetric emergencies. Oman Med J 2014; 29(3):217-219.
7. Nayama M, Moulaye AA, Djibrill B, Garba M, Idi N, Boukerrou M. Les hystérectomies d'hémostase en pays sous-équipé : un geste vital, étude prospective dans une maternité de référence au Niger. Rev gynecol obstet fertile 2006; 34(10) : 900-905.
8. Hayman Rg, Arulkumaran S, Steer Pj. Uterine compression sutures: surgical management of postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol 2002;99: 502-6.
9. Nwobodo E, Nnadi D. Emergency Obstetric Hysterectomy in a Tertiary Hospital in Sokoto, Nigeria. Ann Med Health Sci Res. 2012;2(1):37-40.
10. Chawla J, Arora D, Paul M, Ajmani SN. Emergency Obstetric Hysterectomy: A Retrospective Study from a Teaching Hospital in North India over Eight Years. Oman Med J. 2015;30(3):181-186.
11. Dreyfus M, Beucher G, Mignon A, Langer B. Prise en charge obstétricale initiale en cas d'hémorragie du post-partum. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2004 ; 33 (8) : 57-64
12. Nkwabong E, Kouam L, Simeu C. Hystérectomie obstétricale d'urgence Expérience du CHU de Yaoundé, Cameroun. Med Afr Noire 2010 ; 57(5) : 245-248
13. Randriambelomanana J A, Botolahy Z A, Rakotoarivony S T, Herinirina S A E, Rasataharifetra H, Ratsivalaka R. Les hystérectomies obstétricales réalisées au service de Maternité du CHU de Toamasina Madagascar Rev Anest Réa Méd Urg. 2011; 3(1): 8-11
14. Cho JH, Jun HS, Lee CN. Hemostatic suturing technique for uterine bleeding during cesarean delivery. Obstet Gynecol 2000;96:129-31
15. C B-Lynch C, Coker A, Lawal AH, Abu J, Cowen MJ. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage : an alternative to hysterectomy? Five cases reported. Br J Obstet Gynaecol 1997;104:372-5.
16. El-Sokkary M, Wahba K, El-Shahawy Y. Uterine salvage management for atonic postpartum hemorrhage using "modified lynch suture." BMC Pregnancy and Childbirth. 2016;16(1):251.
17. Swiech A, Ausset S. Les produits sanguins labiles en 2016. Méd. Intensive Réa. (2016) 25:475-483
18. Franchini M, Lippi G, Franchi M. The use of recombinant activated factor VII in obstetric and gynaecological haemorrhage. Br J Obstet Gynaecol 2007;114:8-15.
19. WOMAN Trial Collaborators. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2017;389:2105-2116].
20. Flaris AN, Passaret A, Vogt C, Prat N, Reynard F, et al. Étude des modifications mitochondriales lors du choc hémorragique (traité avec du remplissage) chez le rat, avec la coloration « Oxydase du Cytochrome C » au microscope optique. Morphologie 2015; 99(326) : 99.
21. Christopoulos P, Hassiakos D, Tsitoura A, Panoulis K, Papadias K and Vitoratos N. Obstetric hysterectomy: a review of cases over 16 years. J Obstet Gynaecol. 2011;31(2):139-41.