



## Article Original

## Hystérectomies Obstétricales d'Urgence pour Rupture Utérine au CHU Point G (Bamako) : Expérience de 10 Ans

*Epidemiology, clinical presentation, treatment and outcome of emergency hysterectomies for uterine rupture in Bamako: a ten-year study.*

Kanté I<sup>1</sup>, Traoré M<sup>1</sup>, Sima M<sup>1</sup>, Coulibaly A<sup>1</sup>, Théra T<sup>1</sup>, Daou S<sup>6</sup>, Kouma A<sup>3</sup>, Fané S<sup>2</sup>, Traoré O<sup>5</sup>, Traoré Y<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Aim.** To describe the epidemio-clinical, therapeutic and prognostic aspects of emergency hysterectomies for uterine rupture in Bamako. **Patients and methods.** Our study took place in the obstetrical department of CHU point G. It was a cross-sectional study from 01/01/2007 to 12/31/2016. All the patients who underwent hemostasis hysterectomy for uterine rupture during this period were included. Data analysis and processing was done with Word 2013 and SPSS 12.0 software. **Results.** We had 16,033 admissions during our study period, and performed 64 cases of hysterectomies (0.4%). 42 operations (65.6%) were performed in 2017. There was no medical transport service in 89.1% of cases. The contraceptive rate was low (15.6%). The main contributory factors were an inter-reproductive interval less than two years: (59.4%) and inadequate antenatal care (56.2%). The direct cause of uterine rupture was incorrect use of oxytocin in 100% of cases. In nearly all cases, uterine rupture was complete (98.4%). Total hysterectomy performed was done in 56.3% of cases. Blood transfusion was done in 12.5% of cases. There was statistically significant relation between inter-reproductive interval, fetal presentations, misuse of oxytocics and site of uterine rupture. **Conclusion.** Hemostasis hysterectomy is common in our department. There is a need of reorganization of obstetrical services.

## RÉSUMÉ

**But.** Décrire les aspects épidémio-cliniques, thérapeutiques et pronostiques des hystérectomies d'urgence pour rupture utérine dans à Bamako. **Patientes et Méthodes.** Notre étude s'est déroulée dans ledit service. C'était une étude transversale du 01<sup>er</sup> /1/ 2007 au 31/12/ 2016. Toutes les patientes qui ont subi une hystérectomie d'hémostase pour rupture utérine durant cette période était dans notre étude. L'analyse et le traitement des données ont été faits avec les logiciels Word 2013 et SPSS 12.0. Le test utilisé :  $\chi^2$  et  $P : 0,05$ . **Résultats.** Nous avons eu 16033 admissions pendant notre étude, et réalisé 64 cas d'hystérectomies : 0,4%. 65,6% ont été réalisées en 2017. Le transport était non médicalisé dans 89,1% des cas. Le taux de contraception était faible (15,6%). Les facteurs principaux favorisants étaient l'intervalle inter-générisique inférieur à 2 ans (59,4%) et les consultations prénatales de mauvaise qualité (56,2%). La cause directe de la rupture utérine était l'utilisation incorrecte de l'ocytocique dans 100% des cas. Presque toutes les ruptures utérines étaient complètes (98,4%). L'hystérectomie totale réalisée a été effectuée dans 56,3% des cas. Seulement 12,5% des patientes ont été transfusées. Il existait une relation statistiquement significatve entre l'intervalle inter génésique, les présentations des fœtus, l'utilisation abusive d'ocytocique et le siège de la rupture utérine. **Conclusion.** L'hystérectomie d'hémostase est fréquente dans notre service d'où la nécessité d'une réorganisation des soins obstétricaux.

1. Service de Gynécologie Obstétrique du C.H.U du Point "G", Bamako Mali.
2. Service de Gynécologie Obstétrique du C.H.U Gabriel TOURE"
3. Service de Gynécologie Obstétrique du C.H.U KATI
4. Centre de Santé de Référence Commune V
5. Centre de Santé de Référence Commune II
- 6.

**Correspondant :** Dr IBRAHIM KANTE GYNECOLOGUE CHU POINT G/ BAMAKO/MALI  
Email:

[ibrahimkante197462@gmail.com](mailto:ibrahimkante197462@gmail.com)  
. Tel: 00223 76316993/ 66982617

**Mots clés :** hystérectomie d'urgence, rupture utérine ; ocytociques.

**Keywords:** emergency hysterectomy, uterine rupture; oxytocics,.

## INTRODUCTION

La mortalité maternelle est la mort de la femme durant la grossesse ou à la suite de l'accouchement, qui donne l'expression « morte en couche ». L'hémorragie du post-partum est actuellement responsable de 150 000 décès par an dans le monde [1]. Elle reste la première cause de mortalité maternelle dans les pays en voie de développement alors que dans les pays développés, elle représente la 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> étiologie de mortalité maternelle

[2]. L'hystérectomie, exérèse de tout ou une partie de l'utérus, est une intervention qui consiste à enlever le corps de l'utérus (hystérectomie subtotale) ou le corps et le col de l'utérus (hystérectomie totale). Nous avons initié ce travail pour apporter notre contribution dans la lutte contre la mortalité maternelle dans notre service. Il avait pour objectif de décrire les aspects épidémio-clinique, thérapeutique et pronostic de l'hystérectomie

d'hémostase pour rupture utérine dans le service d'obstétrique du C.H.U du Point G.

### PATIENTES ET MÉTHODES

Notre étude s'est déroulée dans le service d'Obstétrique du CHU du Point G. C'est une étude transversale et analytique du 01<sup>er</sup> Janvier 2007 au 31 Décembre 2016 (10 ans) avec comme population d'étude, toutes les patientes admises dans le service pour travail d'accouchement pendant la période gravido-puerpérale durant la période d'étude.

Ont été incluses dans notre étude toutes les patientes qui ont bénéficié d'une hystérectomie d'hémostase d'urgence d'indication obstétricale pour rupture utérine pendant la période d'étude. N'ont pas été retenues, les hystérectomies d'hémostase avec dossiers incomplets, les hystérectomies réalisées à froid et les hystérectomies effectuées dans d'autres services. Variables étudiées étaient l'âge, la profession, le statut matrimonial, le niveau d'instruction du conjoint et elle-même, la profession du conjoint et elle-même, le mode d'admission, les antécédents personnels (médicaux, obstétricaux et chirurgicaux) et familiaux, la gestité, la parité, les chiffres tensionnels, le pouls et l'état de la conscience à l'admission, la voie d'accouchement, les complications maternelles, le geste chirurgical effectué, la transfusion sanguine.

La collecte des données a été faite sur une fiche d'enquête établie à partir de : Registre d'accouchement, dossiers individuels des patientes, registres de référence/évacuation, registre de compte rendu opératoire ; la collecte des données a été faite par la lecture des documents suscités et par la consignation des informations sur la fiche d'enquête. Le traitement de texte a été fait avec le logiciel Microsoft Word version 2013, la saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel SPSS version 12.0 for Windows. Le test de Khi 2 a été utilisé avec un seuil de signification P : 0,05 Le test de Fisher pour les effectifs inférieurs à 5. **Aspects éthiques** : la confidentialité des données a été garantie. Les noms des parturientes ne figuraient dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail s'est voulu une recherche opérationnelle. Ainsi, les résultats obtenus seront mis à la disposition de tous les intervenants dans le domaine de la santé de la mère et ceci dans l'intérêt des parturientes.

### RÉSULTATS

Pendant notre étude nous avons effectué 16033 admissions dans le service, parmi lesquelles nous avons réalisé 64 cas d'hystérectomies soit une fréquence de 0,4%. La plupart des interventions (65,6%) soit 42/64 ont été réalisées en 2017. La tranche d'âge 30 à 34 était la plus fréquente soit 25% (16/64). Elles étaient ménagères dans 71,9% (46/64), non scolarisées dans 78,1% (50/64) et mariées : 95,3% (61/64) des cas.

Les patientes étaient référées / évacuées dans 64,1% (41/64) des cas, sans fiches de référence/évacuation dans 81,3% (52/64) des cas et dans les moyens de transport non médicalisés dans 89,1% (57/64) ; l'itinéraire : Domicile --- centre de santé référent --- C.H.U Point G

était l'itinéraire le plus fréquent soit 79,7% (51/64) des cas. La majorité des patientes venait de Bamako dans 84,4% (54/64) des cas.

L'intervalle inter-génésique < 2 ans (court) était majoritaire : 59,4% (38/64). 84,4% soit 54/64 des patientes n'ont jamais fait de contraception. La majorité des patientes était des grandes multipares soit 37,5% (24/64) des cas. 42,2% (27/64) des patientes avaient des antécédents chirurgicaux.

La majorité des patientes avait effectué la consultations prénatale (CPN) soit 84,4% (54/64) des cas et 56,2% soit 36/64 des cas n'était pas bonne qualité selon L'OMS. La majorité des CPN a été faite par les sages-femmes soit 70,3% (45/64) des cas. Les présentations étaient dystociques dans 67,2% (43/64) des cas. Le partographe a été utilisé dans 57,8% (37/64) des cas. Les ocytociques ont été utilisées dans 78,1% (50/64) des cas et son utilisation était incorrecte dans 100% des cas.

La majorité de rupture utérine était complète dans 98,4% (63/64) des cas, corporéale dans 81,3% (52/64) des cas.

L'hystérectomie totale a été réalisée chez 56,3% (36/64) des patientes et dans 71,9% (46/64) des cas par les gynécologues. L'anesthésie générale était l'anesthésie la plus utilisée dans notre série soit 51,6% (33/64). L'intervalle de 1 à 3 heures des interventions était le plus nombreux soit 45,3% (29/64) des cas. Seulement 12,5% (8/64) des patientes ont été transfusées.

Nous avons enregistré 1 cas de décès maternel soit 1,6% (1/64). Il existait une relation entre l'intervalle inter-génésique, les présentations fœtales, l'utilisation abusive d'ocytociques et le siège de la rupture utérine avec respectivement  $\text{Khi}^2$  : 10,10 ; P : 0,00 ;  $\text{Khi}^2$  : 8,90 ; P : 0,01 et  $\text{Khi}^2$  : 4,135 ; P : 0,05.

**Tableau I : Répartition des patientes selon les moyens de transport**

Moyen de transport	Effectifs	Pourcentage %
Ambulance	8	12,5
Transport en commun	4	6,3
Voiture personnelle	52	81,3
Total	64	100,0

87,6 de nos patientes ont emprunté les moyens de transport non médicalisés

**Tableau II : Répartition des patientes selon la parité**

Parité	Effectifs	Pourcentage %
Primipare	19	29,7
Multipare	21	32,8
Grande multipare	24	37,5
Total	64	100,0

La rupture utérine a concerné 37,5 % de nos patientes

**Tableau III : Répartition des patientes selon le type d'hystérectomie d'hémostase**

Type d'hystérectomie	Effectifs	Pourcentage
Totale	36	56,3
Subtotale	28	43,8
Total	64	100,0

L'hystérectomie a été totale dans 56,3 % des cas.

**Tableau IV : Relation entre l'utilisation d'ocytociques et siège de la rupture utérine**

Siège de la Rupture	Utilisation d'ocytociques		Total
	Oui	Non	
Siège segmentaire	12	0	12
Siège corporeal	38	14	52
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>14</b>	<b>64</b>

Il y avait une relation entre l'utilisation abusive d'ocytocique et le siège de la rupture utérine avec  $\text{Khi}^2$  : 4,135 ; P : 0,05.

## DISCUSSION

### 1. Fréquence

Au cours de la période d'étude de 10 ans, nous avons pratiqué 64 hystérectomies sur 16033 admissions soit une fréquence de 0,4 % de l'ensemble des admissions colligées dans le service. En Afrique, les fréquences rapportées varient d'un pays à l'autre, mais avec les mêmes tendances : Muteganga et al : 0,53% [3] et 0,45% pour Diouf et al. [4] au Sénégal. La tranche d'âge de 30 à 34 était la plus touchée dans notre étude avec une fréquence de 25%. Wandabwa et coll ont trouvé que 60% des femmes qui ont subi l'hystérectomie avaient un âge inférieur à 30 ans. [5] Dans notre série les femmes mariées représentaient 95,3% des cas et non scolarisées dans 78,1%. Dans notre étude les ménagères ont représenté 71,9%. Diouf et al. [4] au Sénégal ont trouvé les mêmes tendances.

### 2. Causes et facteurs de risque

#### Moyens de transport

Les patientes étaient référées / évacuées dans 64,1% des cas, sans fiches de référence/évacuation dans 81,3% des cas et dans les moyens de transport non médicalisés dans 89,1%. L'itinéraire : Domicile --- CSRef --- C.H.U Point G était l'itinéraire la plus fréquente soit 96,9% des cas. La majorité des patientes venait de Bamako dans 84,4% des cas. Diouf et al. [4] au Sénégal ont trouvé que toutes les patientes étaient référées dans des mauvaises conditions.

#### Parité

L'intervalle inter-génésique < 2 ans (court) était majoritaire : 59,4%. Et nous avons trouvé une relation entre l'intervalle inter génésique et le siège de la rupture utérine. 84,4% des patientes n'ont jamais fait de contraception. La majorité des patientes était des grandes multipares soit 60,9% des cas. Wandabwa et coll [5] ont trouvé que le taux d'hystérectomie était plus élevé chez les grandes multipares et trouva une relation entre l'hystérectomie du peripartum et la parité des patientes.

#### Antécédents chirurgicaux

Dans notre série les patientes sans antécédent chirurgical étaient majoritaires soit 57,8%. Les antécédents de césariennes fragilisent le segment inférieur ce qui peut entraîner souvent la déhiscence de cicatrice qui est une forme de rupture utérine. [3]

#### Consultation prénatale

La majorité des patientes avait effectué la CPN soit 84,4% des cas et 56,2% des cas n'était pas bonne qualité selon L'OMS. La majorité des CPN a été faite par les sages-femmes soit 70,3% des cas. La consultation prénatale est l'un des meilleurs moyens de détection des grossesses à risque et de prévenir les complications comme la rupture utérine. [5]

#### Causes

Les présentations étaient dystociques dans 67,2% des cas. Les ocytociques ont été utilisés dans 78,1% des cas et son utilisation était incorrecte dans 100% des cas. Il existait une relation entre les présentations fœtales, l'utilisation abusive des ocytociques et le siège de la rupture utérine avec respectivement  $\text{Khi}^2$  : 8,90 ; P : 0,01 et  $\text{Khi}^2$  : 4,135 ; P : 0,05. Pour Diouf et al. [4] au Sénégal, les principales causes étaient les anomalies du bassin, des présentations et l'utilisation abusive et incontrôlée des ocytociques.

### 3. Diagnostic

La majorité de rupture utérine était complète dans 98,4% des cas, corporeale dans 81,3% des cas. Cela dénote l'utilisation incorrecte du protocole d'utilisation des ocytociques dans les structures de santé périphériques. Ce qui a été confirmé par Diouf et al. [4] au Sénégal et Wandabwa et coll [5]. Ce taux élevé s'expliquerait par les accouchements multiples et laborieux.

### 4. Prise en charge

#### Traitement chirurgical

L'hystérectomie a été réalisée chez toutes les patientes et elle était totale dans 56,3% des cas. Ce qui dépend de l'expérience de l'opérateur et de l'état local opératoire. Wandabwa et coll [5] ont fait 76 % d'hystérectomies subtotaie.

#### Traitement médical

Dans notre étude seulement 12,5% des patientes ont été transfusées. Pour Yulong z. et coll [6] c'est la meilleure technique chirurgicale d'hystérectomie d'urgence pour hémorragie qui d'éviter la transfusion sanguine au cours des hystérectomies d'hémostase c'est l'hystérectomie subtotaie qui est rapide et fait moins saigner.

### 5. Qualité de l'opérateur

71,9% des patientes ont été opérées par les gynécologues et l'anesthésie générale était le type d'anesthésie le plus utilisé soit 51,6% dans notre série ; Les interventions ont duré en moyenne entre 1 à 3 heures dans 45,3% des cas. Selon Yulong z. et coll [6], toutes les interventions sont faites par des gynécologues, des spécialistes.

### 6. Suites opératoires

Nous déplorons 1 cas de décès maternel liés à la rupture utérine soit 1,6%. Wandabwa et coll [5] ont enregistré 12 décès maternels dus à l'état de choc hypovolémique et septicémie.

## CONCLUSION

L'hystérectomie pose des problèmes d'ordre socio-culturels dans notre pays à cause de l'absence des règles et de la stérilité définitive. Elle est l'une des

interventions chirurgicales les plus fréquentes dans notre service avec une fréquence de 0,4% des admissions. Elle est la plus souvent indiquée pour sauver la vie des patientes ou résoudre des pathologies dont la solution est chirurgicale. Cependant certaines hystérectomies peuvent être évitées de façon préventive surtout les hystérectomies pour rupture utérine, pour HRP notamment par un suivi prénatal de qualité et une prise en charge de l'accouchement selon les normes.

## RÉFÉRENCES

- Khan KS et al.** WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006 Apr 1; 367(9516):1066-74.
- Épidémiologie des morts maternelles en France 2001-2006.** *Epidémiologie hebdomadaire institut de veille sanitaire, thématique : la mortalité maternelle en France : bilan 2001-2006, 19/01/2010.*
- Muteganya D, Sindayirwana JB, Ntandikiye C, Ntunda B, Rufyikiri Th.** Les hystérectomies Obstétricales au CHU de Kamenge. Une Serie de 36 cas. *Med AF Noire* 1998 ; 45 : 11-4.
- Diouf A. et collaborateurs** L'hystérectomie obstétricale d'urgence Contraception fertilité sexualité 1998. 26 (2) 167-172
- Wandabwa et coll *African Health Sciences* vol 13(2) : 469-474 <http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v13i2.38> Issue June 2013
- Yulong Z. et coll *Medicine* (2017) 96:45 [www.md-journal.com](http://www.md-journal.com)  
<http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000008443>
- Kosary CL, Reis LAG, Miller BA, Hankey BF, Harras A, Edwards UK.** SEER cancer statistics review, 1973-1992: tables and graphs, Md: National Cancer Institut. 1995; 171-81. (NIH publication N° 95. 2789)
- Lansacs/ Lecomte** *Gynécologie pour le praticien, 4eme Edition.* Mars 1994, page 14 à 56.
- Thonet RGN. Obstetric hysterectomy. An 11years experience. *BrJ Obstet Gynecol.* 1986 ; 93 : 794-8 ;
- Risk factors for peripartum hysterectomy among women with postpartum haemorrhage: analysis of data from the WOMAN trial Sumaya Huque, Ian Roberts, Bukola Fawole, Rizwana Chaudhri, Sabaratnam Arulkumaran, Haleema Shakur-Still *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018; 18: 186. Published online 2018 May 29. doi: 10.1186/s12884-018-1829-7 PMID: PMC5975404
- Risk for Peripartum Hysterectomy and Center Hysterectomy and Delivery Volume
- Shravya Govindappagari, Jason D. Wright, Cande V. Ananth, Yongmei Huang, Mary E. D'Alton, Alexander M. Friedman** *Obstet Gynecol.* Author manuscript; available in PMC 2017 Dec 1. Published in final edited form as: *Obstet Gynecol.* 2016 Dec; 128(6): 1215–1224. doi: 10.1097/AOG.0000000000001722 PMID: PMC5121023
- Emergency Obstetric Hysterectomy: A Retrospective Study from a Teaching Hospital in North India over Eight Years** Jaya Chawla, Col D. Arora, Mohini Paul, Sangita N. Ajmani *Oman Med J.* 2015 May; 30(3): 181–186. doi: 10.5001/omj.2015.39 PMID: PMC4459165
- Peripartum hysterectomy: two years' experience at Nelson Mandela Academic hospital, Mthatha, Eastern Cape South Africa** JN Wandabwa, C Businge, B Longo-Mbenza, ML Mdaka, P Kiondo *Afr Health Sci.* 2013 Jun; 13(2): 469–474. doi: 10.4314/ahs.v13i2.38 PMID: PMC3824502
- Emergency Peripartum Hysterectomy in a Tertiary Care Hospital in Saudi Arabia** Mahfuza Begum, Faisal Alsafi, Jamil ElFarra, Hani M. Tamim, Tien Le *J Obstet Gynaecol India.* 2014 Oct; 64(5): 321–327. Published online 2013 Jul 12. doi: 10.1007/s13224-013-0423-1 PMID: PMC4199437
- Emergency Obstetric Hysterectomy in a Tertiary Hospital in Sokoto, Nigeria** EI Nwobodo, DC Nnadi *Ann Med Health Sci Res.* 2012 Jan-Jun; 2(1): 37–40. doi: 10.4103/2141-9248.96935 PMID: PMC3507124
- Emergency peripartum hysterectomy in the Dubai health system: A fifteen-year experience** Muna Abdulrazzaq Tahlak, Mahera Abdulrahman, Nawal Mahmood Hubaishi, Mushtaq Omar, Fatima Cherifi, Shazia Magray, Frederick Robert Carrick *Turk J Obstet Gynecol.* 2018 Mar; 15(1): 1–7. Published online 2018 Mar 28. doi: 10.4274/tjod.55492 PMID: PMC5894529