



Hystérectomie obstétricale d'hémostase au Centre Hospitalier Régional de Niamey.

Obstetric hysterectomy for hemostasis at the Regional Hospital Center of Niamey.

Sanoussi H^{1*}, Idi N¹, Garba M¹, Gomna R¹, Hamidou A¹.

Mots-clés

Multipare,
urgence
obstétricale,
hystérectomie
obstétricale,
CHR, Niamey,
Niger.

Résumé

Introduction : L'hystérectomie obstétricale d'hémostase est une intervention redoutable et lourde de conséquences. L'objectif était d'analyser les différents aspects de l'hystérectomie obstétricale d'hémostase au CHR poudrière afin d'améliorer la prise en charge des hémorragies du post-partum immédiat.

Matériels et méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée au CHR Poudrière de Niamey du 1er Janvier au 31 décembre 2017. Etaient inclus les cas des patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie obstétricale d'urgence ainsi que leur nouveau-né.

Résultats : Nous avons colligé 23 cas d'hystérectomies obstétricales d'hémostase parmi les 6643 accouchements soit une fréquence de 0,35%. L'âge moyen était de 27,3 ±9,6 ans (extrêmes : 18 et 40 ans) et la tranche d'âge de 21 à 25 ans représentait 39,13% (n=9) ; les multipares représentaient 52,17% dont 30,43% avec un utérus cicatriciel. Les patientes qui avaient bénéficié de 3 à 4 suivis prénataux représentaient 43,48% (n=10). Les principaux motifs à l'admission étaient la rupture utérine (65,2%); l'hématome rétro placentaire (13,04%). Ainsi 19 hystérectomies subtotaux furent réalisées (82,61%) et 4 hystérectomies totales (17,39%). Neuf de nos patientes avaient bénéficié de transfusion sanguine. Nous avons malheureusement enregistré 7 cas de décès maternels soit 30,44% et 17 mort-nés soit 73,91% des cas.

Conclusion : L'hystérectomie obstétricale d'hémostase était pratiquée majoritairement chez les multipares et la morbi-mortalité était élevée.

Keywords:

multipara,
obstetric
emergency,
obstetric
hysterectomy,
CHR, Niamey,
Niger.

Abstract

Introduction: Obstetric hysterectomy for hemostasis is a formidable intervention with heavy consequences. Objective: To analyze the different aspects of obstetrical hysterectomy at the CHR in order to improve the management of immediate postpartum hemorrhage.

Materials and methods: this was a retrospective study carried out at the CHR Poudrière in Niamey from January 1 to December 31, 2017. The cases of patients who underwent emergency obstetric hysterectomy and their newborn were included.

Results: We collected 23 cases of obstetrical hysterectomy due to hemostasis among the 6643 deliveries, i.e. a frequency of 0.35%. The mean age was 27.3 ±9.6 years (extremes: 18 and 40 years) and the age group of 21 to 25 years represented 39.13% (n=9); multiparas represented 52.17% including 30.43% with a scarred uterus. The patients who had benefited from 3 to 4 prenatal follow-ups represented 43.48% (n=10). The main reasons for admission were uterine rupture (65.2%); retroplacental hematoma (13.04%). Thus 19 subtotal hysterectomies were performed (82.61%) and 4 total hysterectomies (17.39%). Nine of our patients had benefited from blood transfusion. Unfortunately, we recorded 7 cases of maternal deaths, i.e. 30.44%, and 17 stillbirths, i.e. 73.91% of cases.

Conclusion: Obstetric hysterectomy for hemostasis was performed mainly in multiparas and morbidity and mortality was high.

Introduction

L'hystérectomie obstétricale d'hémostase est un acte chirurgical d'urgence réalisé pour maîtriser l'hémorragie du post-partum immédiat [1-5]. Cette dernière est fréquente dans nos maternités et nécessite souvent une prise en charge radicale en urgence pour assurer le sauvetage maternel [6]. Elle reste la première cause de mortalité maternelle dans les pays en développement alors qu'on constate sa diminution dans les pays développés [1]. Le ratio de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement est de 239 en 2015 pour 100000 naissances vivantes contre 12 pour 100000 naissances vivantes dans les pays développés [1]. Pour une femme de pays en développement, le risque, à la naissance, de décès maternel est de 1 sur 180, contre 1 sur 4900 dans les pays développés [1]. L'hystérectomie au cours de la grossesse ou en post-partum réalisée le plus souvent dans un contexte d'extrême urgence est très fréquente dans les pays sous-développés. Au Niger, les facteurs favorisant cette redoutable intervention sont : l'absence de suivi prénatal, le sous équipement médical, l'insuffisance des ressources humaines (sages-femmes, Obstétriciens...), et les retards de transferts des patientes [2,6]. L'hystérectomie d'hémostase reste, dans l'ensemble de l'arsenal thérapeutique, une technique incontournable, qu'elle soit réalisée suite à un accouchement par les voies naturelles ou lors d'une césarienne, après échec du traitement médical et chirurgical conservateur[2,6]. L'objectif de ce travail est d'analyser les différents aspects cliniques à l'origine de l'hystérectomie obstétricale au CHR afin de réduire sa fréquence et ainsi améliorer la prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat.

Matériels et méthodes

L'étude est rétrospective portant sur 23 dossiers d'hystérectomie obstétricale réalisée au CHR poudrière de Niamey du 1er janvier au 31 décembre 2017. Nous nous sommes intéressés au cas des patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie obstétricale d'urgence ainsi que leur nouveau-né. Les données concernant les parturientes et les nouveau-nés étaient compilés à partir des dossiers des archives du service, des registres des urgences, et des comptes rendus opératoires. Les paramètres concernant : la fréquence, la provenance, l'âge des patientes, la parité, le nombre de suivis prénatals, les indications de l'hystérectomie, le type d'hystérectomie, les suites post opératoires ainsi que l'évolution des nouveau-nés, ont été enregistrées et analysées grâce au logiciel Excel.

Résultats

Pendant la période d'étude, 6643 accouchements avaient été réalisés parmi lesquels nous avons noté 23 cas hystérectomies d'hémostase, soit une incidence de 0,35%. La majorité de nos patientes soit 74%(n=17) provenaient de la communauté urbaine de Niamey.

L'âge moyen était de $27,3 \pm 9,6$ ans (extrêmes : 18 et 40 ans) avec un plus grand nombre (39,13%) dans la tranche de 21 à 25 ans (**tableau I**).

Affiliations :

1- Centre hospitalier régional de Niamey,
Service suite de couches et grossesses
pathologiques -Niger

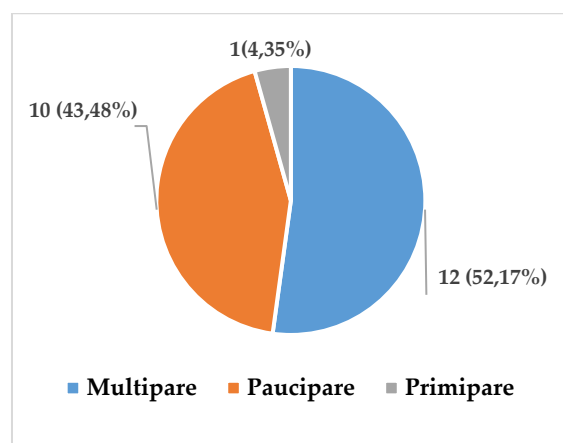
Auteur correspondant/ Sanoussi
Alassane Hannatou

Mail : hannatous@yahoo.fr; Téléphone
:0022796977764

Tableau I : répartition des patientes selon la classe d'âge

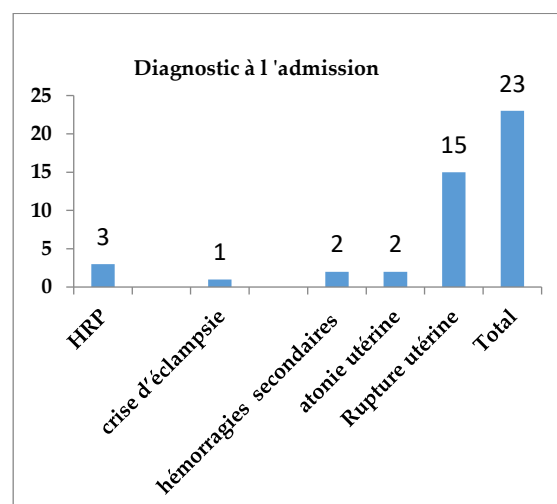
Tranche d'âge	n	%
De 18 à 20	2	8,7
De 21 à 25	9	39,13
De 26 à 30	5	21,74
De 31 à 35	4	17,39
De 36 à 40	3	13,04
Total	23	100

Les multipares représentaient 52,17% (**Figure1**) dont 30,43% avec un utérus cicatriciel. Dans cette série, quatre parturientes, soit 17,39 % n'avaient pas réalisé de consultations prénatales, 9 parturientes soit 39,13% avaient réalisé une à deux consultations prénatales.

**Figure 1 :** répartition des patientes selon la parité.

Les parturientes ayant réalisé le nombre acceptable de CPN étaient au nombre de 10 soit 43,48%, **figure 1**.

Les tableaux cliniques à l'admission qui avaient conduit à l'hystérectomie d'hémostase étaient la rupture utérine avec une proportion de 65,21% (n=15), l'hématome rétro placentaire avec 13,04%(n=3), les hémorragies secondaires dans 8,70% des cas(n=2), l'atonie utérine dans 8,70%(n=2) des cas et l'éclampsie dans 4,35%(n=1) des cas suivant la **Figure 2**. Les interventions médicales et chirurgicales pour tenter de contrôler l'hémorragie incluaient l'administration de l'ocytocine et le massage utérin chez les patientes ayant accouché par voie basse.

**Figure 2 :** les différents diagnostics à l'admission

La ligature des artères hypogastriques était faite pour 2 patientes. L'insertion du misoprostol dans le rectum était effectuée dans 8 cas. En urgence, 19 hystérectomies subtotaux étaient réalisées soit 82,61% de notre échantillon, et 4 hystérectomies totales soit 17,39%. Neuf patientes avaient bénéficié de la transfusion sanguine en per et postopératoire. Les complications infectieuses étaient également présentes avec fièvre prolongée (2 cas), infection pariétale(4cas) et un abcès pelvien. Une antibiothérapie coûteuse et prolongée avait été indispensable chez toutes les patientes ayant survécu à l'acte opératoire. La moyenne du délai opératoire était de 1h30, avec des extrêmes allant de 60 minutes à 2 heures de temps. Le temps opératoire long trouvait son explication dans les tentatives de traitement conservateur de l'utérus dans les ruptures utérines, les hémostases laborieuses dans un contexte de trouble de coagulation. Malheureusement 7 décès maternels étaient enregistrés soit 30,44% et 17 mort-nés soit 73,91% des cas. Les 6 nouveau-nés étaient admis en néonatalogie où ils avaient bénéficié des soins médicaux nécessaires. L'évolution clinique fut favorable dans la première semaine de vie. La durée moyenne d'hospitalisation était de $14,5 \pm 8,5$. Elle était inférieure ou égale à 7 jours dans 48%

des cas. Deux patientes avaient séjourné plus de 25 jours (Figure 3).

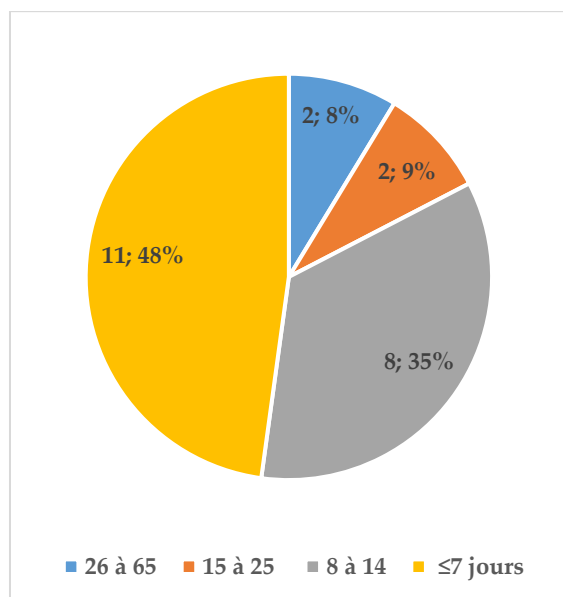


Figure 3 : répartition des patientes selon la durée de séjour

Discussion

Dans la littérature, la fréquence de l'hystérectomie obstétricale d'urgence est variable d'une région à un autre. En effet elle est faible dans les pays développés et fréquente dans les pays en développement. Dans les pays développés, les fréquences extrêmes variaient entre 0,4 ‰ à 2,8 ‰ des accouchements [3]. Dans notre série la fréquence de l'hystérectomie obstétricale était de 0,35%. Cette fréquence est comparable à celle de Dongmo R. et al. [4] au CHU de Yaoundé qui avait trouvé une fréquence de 0,4%. Nos résultats étaient par contre inférieurs à ceux trouvés à la maternité Issaka Gazobi de Niamey par Ali Karadji H [2] et ceux du CHU de Conakry par Baldé IS et al. 2011[5] qui avaient respectivement trouvés 1,8% et 4,4%. La fréquence retrouvée à la maternité centrale de Niamey pourrait s'expliquer par le statut de cette-ci qui est celui de centre de référence national. Ainsi sa fréquentation serait supérieure à celle CHR de Niamey. L'hystérectomie obstétricale d'urgence est une intervention de sauvetage

maternel. Elle est pratiquée dans les centres de référence de nos pays en développement après des soins obstétricaux insuffisants ou de mauvaises qualités en amont, ou à cause de trois retards. Cela pourrait expliquer la grandeur de notre fréquence par rapport à celle des pays développés où les moyens de prise en charge dépasseraient largement les nôtres.

La majorité de patientes (74%) provenait de la communauté urbaine de Niamey. Elles étaient référées des maternités périphériques de Niamey où souvent certains traitements médicaux étaient déjà donnés soit sans succès ou soit avaient aggravé leur état clinique. Ainsi, la prise en charge deviendrait difficile.

Dans notre série, les patientes âgées de 21 à 25 représentaient presque 40% de l'échantillon. Elles étaient jeunes et déjà multipares. Cela pourrait s'expliquer par les mariages précoces avec comme conséquences les premières grossesses à un âge très jeune 13-14 ans et la multiparité était atteinte déjà entre 21 et 25. Ainsi des jeunes femmes âgées de vingtaines d'années deviendraient des grandes multipares avec souvent des utérus cicatriciels, et les risques de complications obstétricales telle que la rupture utérine, HRP et placenta prævia seraient fréquents avec comme conséquences les hystérectomies d'hémostase. Notre étude avoisinait celle de Ali Karadji H., qui avait réalisé la majorité des hystérectomies chez des femmes jeunes de 25 à 34 ans. Cependant Dongmo R. et al. [4], au CHU de Yaoundé avait trouvé l'incidence des hystérectomies inférieures à 0,5% jusqu'à 35 ans, puis elle monte brusquement à 1,6% entre 36-40 ans et cumule jusqu'à 5,8% après 40 ans.

La grande multiparité multipliait le risque dans les publications consultées Dongmo R. et al en 2017 et Ali Karadji H, 2015[2,4]. Il en est de même de nos patientes chez qui les multipares représentent 52,17% de l'échantillon. Les antécédents de cicatrice utérine fréquemment retrouvés comme facteur de risque majeur existent aussi dans notre série où 7 patientes

soit 30,43% avaient eu au moins une césarienne antérieurement.

La qualité du suivi prénatal est un facteur important à souligner dans nos régions africaines, car jusqu'à présent la consultation prénatale est insuffisamment faite. Dans notre série, 43,48% des patientes avaient réalisé le nombre de suivis prénatals recommandé.

Dans cette série, 65,21% étaient des ruptures utérines dont les tableaux cliniques étaient dominés par les hémorragies, suivies de disparition des bruits du cœur fœtal, agitation maternelle, état de choc et palpation du fœtus sous la peau. L'hystérectomie d'hémostase a été souvent indiquée pour sauvetage maternel suite à la rupture utérine. Cette dernière serait survenue soit dans un contexte d'usage inadéquat d'ocytociques, soit dans la grande multiparité, soit de disproportion foeto-pelvienne ou dans un contexte d'utérus cicatriciel non suivi et non documenté. Nos patientes ayant été référées des maternités périphériques, il nous sera difficile de savoir réellement les causes et la proportion exactes des étiologies ayant occasionné ces ruptures utérines. La cause la plus probable est l'utilisation inadéquate des ocytociques dans les maternités de quartier. La rupture utérine survient souvent dans des pays à système sanitaire désorganisé où n'importe quelle catégorie de personnel peut soit prescrire et administrer des ocytociques pour augmenter le travail, soit procéder à des accouchements à domicile. C'est malheureusement le cas de notre pays. Dans notre étude, nous avons posé 65,21% d'indication d'hystérectomie pour rupture utérine. Plusieurs séries africaines avaient rapporté des taux d'hystérectomie pour rupture utérine allant de 50 à 80%. Ali Karadji H. au Niger avait posé ce geste dans 52,33% des cas. Au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé, Dongmo et al. [3], avait enregistré un taux de 80%. Cependant Nayama M. et al. [6] avaient réalisé ce geste chez 3 patientes qui avaient la rupture utérine sur les 41 patientes de

leur échantillon. L'hémorragie pré et peropératoire était souvent très abondante et les besoins transfusionnels énormes pour une seule patiente. Nous avons pu transfuser que 9 patientes en per et postopératoire, car nous n'avions pas la capacité de disposer du sang frais à tout moment. La mortalité périnatale était très élevée dans notre série avec 17 mort-nés soit 73,91% cas. La mortalité néonatale très élevée dans la série de Fané S. et al au Mali [3] avec un taux de 82% de décès périnatals précoces. Elle témoigne de l'étiologie qui est dans la majorité des cas une rupture utérine souvent complète, et aussi les décollements placentaires. Celle-ci était aussi élevée dans la série de Nayama M. et al. [6] et la série de Dongmo R et al. [3]. La mortalité maternelle était lourde avec 30,44% de décès. Ce taux est moins élevé que celui Dongmo R. et al. [3], qui avait enregistré un taux de 35%. Par contre notre taux est supérieur à celui de Nayama M et al en 2006 à la maternité centrale de Niamey qui avaient trouvé un taux de 21,95%. Ceci pourrait s'expliquer par les moyens d'urgence de prise en charge disponible à la maternité Issaka Gasobi qui est une maternité de niveau 3.

Conclusion

L'hystérectomie obstétricale d'urgence est une intervention de sauvetage maternel réalisée la plupart des temps après la rupture utérine ou l'hématome rétro placentaire. La morbi-mortalité liée à cet acte reste encore élevée. Des mesures préventives devraient être déployées afin de réduire la survenue des ruptures utérines au cours du travail. Il faudra faciliter aussi la prise en charge des hémorragies du post-partum par la création des banques de sang dans les maternités qui pourront enfin assurer la disponibilité du sang à toute heure.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Mortalité maternelle. WHO.int. 2019. [consulté le 7 Avr 2021]; [1p]. Disponible sur <https://www.who.int>
2. Ali Karadji H. Analyse des hystérectomies d'origine obstétricale à la maternité Issaka Gazoby de Niamey, une étude rétrospective portant sur 86 cas. Mémoire. FSS-Niamey -Niger, 2015, 98p.
3. Fané S, Bocoum A, Sylla C, Sissoko A, Traoré A, Traoré SO, et al. "Les Hystérectomies Obstétricales d'Urgence au CHU Gabriel Toure de Bamako de 2003 à 2020." Health Sci. Dis. 2021 ; Vol 22(5) :33-39. Disponible sur www.hsd-fmsb.org.
4. Dongmo R, Kouam L, Doh AS, Ngassa P, Wamba Temgoua M. Hystérectomie obstétricale d'urgence : à propos de 31 cas au CHU de Yaoundé. 2017.[consulté le 8 Avr. 2021]. Disponible sur <https://www.gfmer.ch>
5. Baldé I S, Sy T, Diallo B S, Diallo Y, Mamy M N, Diallo M N et al. Hystérectomies au CHU de Conakry : caractéristiques sociodémographiques et clinique, types, indications, voies d'abord et pronostic. Médecine et santé tropicales. 2014 ; 24(4) :379-82.
6. Nayama M, Moulaye AA, Djibrill B, Garba M, Idi N, Boukerou M. les hystérectomies d'hémostase en pays sous équipe : un geste vital. Etude prospective dans une maternité de référence au Niger. Gynecol Obstet Fert. 2006 ;34 : 900-905.
7. Kallianidis AF, Maraschini A, Danis J, Colmorn LB, Deneux-Tharaux C, Donati S, et al. Management of major obstetric hemorrhage prior to peripartum hysterectomy and outcomes across nine European countries. Acta Obstet Gynecol Scand. 2021 ;100(7):1345-1354. doi: 10.1111/aogs.14113
8. Mbakwa MR, Tendongfor N, Ngunyi YL, Ngek ESN, Alemkia F, Egbe TO. Indications and outcomes of emergency obstetric hysterectomy; a 5-year review at the Bafoussam Regional Hospital, Cameroon. BMC Pregnancy Childbirth. 2021 ;21(1):323. doi: 10.1186/s12884-021-03797-3.
9. Annan JJK, Konney TO, Sam-Awortwi W, Darkwa KA. Emergency hysterectomy in a tertiary care hospital: indications, surgical outcomes and challenges: a 2-year retrospective descriptive cross-sectional study. Pan Afr Med J. 2020 ; 37:106. doi: 10.11604/pamj.2020.37.106.25393.
10. Zhang Y, Yan J, Han Q, Yang T, Cai L, Fu Y, et al. Emergency obstetric hysterectomy for life-threatening postpartum hemorrhage: A 12-year review. Medicine (Baltimore). 2017;96(45):e8443. doi: 10.1097/MD.00000000000008443.
11. Chevrot A, Margueritte F, Fritel X, Serfaty A, Huchon C, Fauconnier A. Hystérectomie : évolution des pratiques entre 2009 et 2019 en France [Hysterectomy: Practices evolution between 2009 and 2019 in France]. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2021;49(11):816-822. French. doi: 10.1016/j.gofs.2021.07.002. Epub 2021 Jul 7. PMID: 34245923.
12. Mundhra R, Bahadur A, Sharma S, Gupta DK, Mahamood MM, Kumari P, et al. Emergency Peripartum Hysterectomy During COVID-19 Pandemic. Cureus. 2021;13(12):e20524. doi: 10.7759/cureus.20524.