

Hystérectomie d'hémostase : Indications et pronostic

Nabil Mathlouthi**, Haikel Trabelsi, Zayen Sonia, Habib Amouri, Mohamed Dhouib, Kaies Chaabene, Mohamed Ayadi*, Kamel Kolsi*, Belhassen Ben Ayed, Mohamed Guermazi

Service de gynécologie obstétrique – CHU Hédi Chaker- Sfax

**Service d'anesthésie réanimation – CHU Hédi Chaker - Sfax*

***Service de gynécologie obstétrique "A" CHU- Charles Nicolle- Tunis
Université de Sfax*

N. Mathlouthi, H. Trabelsi, Z. Sonia, H. Amouri, M. Dhouib, Kaies Chaabene, M. Ayadi, K. Kolsi, B. Ben Ayed, M. Guermazi

N. Mathlouthi, H. Trabelsi, Z. Sonia, H. Amouri, M. Dhouib, Kaies Chaabene, M. Ayadi, K. Kolsi, B. Ben Ayed, M. Guermazi

Hystérectomie d'hémostase : Indications et pronostic

Emergency Peripartum hysterectomy: Indications and prognosis

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°08/09) : 625 - 629

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°08/09) : 625 - 629

R É S U M É

But : Etudier le profil épidémiologique des patientes, les indications et la morbidité maternelle après une hystérectomie d'hémostase (HH).

Méthodes : Étude rétrospective portant sur 46 femmes ayant subi une HH entre 2005 et 2009.

Résultats : L'âge moyen était de 33,3 ans. La parité moyenne était de 3,5. Trente cinq % des patientes avaient un utérus cicatriciel. L'accouchement était par : voie basse (47.8 %), césarienne (52.2 %). L'hystérectomie a été subtotalisée chez 39 patientes (85 %). Les indications des HH étaient : Inertie utérine (45%), CIVD (26%), Placenta accreta (8.7%), Placenta praevia (13%), Rupture utérine (8.7%). Trois patientes étaient décédées. Cinq femmes ont présenté une dépression. Six patientes ont présenté une dyspareunie. Cinq femmes ont présenté une diminution de la libido.

Conclusion : L'HH est une chirurgie mutilante entraînant une stérilité définitive. Le développement de l'embolisation artérielle permettra d'éviter le recours à ce geste.

S U M M A R Y

Aim: Detect the risk factors, indications and maternal morbidity of haemostatic hysterectomy.

Methods: A retrospective study of 46 women who had haemostatic hysterectomy between 2005 and 2009.

Results: The mean age was 33.3 years. The mean parity was 3.5. 35% of patients had a previous cesarean section. The mode of delivery was: vaginal delivery (47.8%), cesarean delivery (52.2 %). The hysterectomy was subtotal in 39 cases (85%). The indications of haemostatic hysterectomy was: uterine inertia (44%), disseminated intravascular coagulation (26%), placenta accreta (8.7%), Placenta praevia (13%), uterine rupture (8.7%). Three patients were dead. Five patients had a depression. Six patients had a dyspareunia. Five patients had a decrease of sexual desire.

Conclusion: Haemostatic hysterectomy is a mutilating surgery giving an irreversible infertility. The development of arterial embolization avoid the appeal to this surgery.

Mots-clés

Hystérectomie – Hémostase - Inertie utérine- hémorragie du post partum

Key- words

Hysterectomy – Haemostasis – Post partum hemorrhage- uterine inertia

L'hystérectomie d'hémostase (HH) est l'ablation de l'utérus dans un état d'urgence vitale maternelle au cours du post partum. C'est une chirurgie mutilante pratiquée en derniers recours devant un accident hémorragique obstétricale grave. Elle a l'avantage d'offrir le maximum de sécurité mais au prix d'une stérilité définitive surtout pour les femmes jeunes désireuses d'autres grossesses.

Au cours de ce travail, nous avons essayé de définir les facteurs de risque, les principales indications et le pronostic maternel après une hystérectomie d'hémostase.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 46 femmes ayant subi une hystérectomie d'hémostase réalisée au service de Gynécologie Obstétrique de CHU Hédi Chaker de Sfax. Et ceci sur une période de 5 ans s'étendant du 1er Janvier 2005 au 31 Décembre 2009. Ont été incluses dans notre étude toutes la patientes qui ont nécessité le recours à une hystérectomie totale ou subtotale dans la prise en charge d'une hémorragie grave du post partum.

RESULTATS

Dans notre service, pour 61091 accouchements, 46 HH ont été pratiquées, ce qui correspond à une fréquence de 0,75 %. Deux femmes ont accouché dans d'autres maternités. Le tableau 1 montre les différentes caractéristiques des femmes, ainsi que leurs antécédents obstétricaux.

Tableau 1: Caractéristiques générales de la population étudiée

Age (années)	33,3 (25 – 42)
Parité	3,5 (1 – 7)
Gestité	4,8 (1 – 8)
Utérus cicatriciel	16 (35 %)
Fausses couches	7 (15.2 %)
Antécédents de Placenta prævia	3 (6.5 %)
Antécédents d'hémorragies de la délivrance	3 (6.5 %)
Interruption médicale la grossesse	5 (7.6 %)

Nous avons noté que quatre grossesses ont été menées sous Aspégic® 100 devant un antécédent de prééclampsie. Les pathologies gravidiques observées au cours du suivi de la grossesse actuelle ont été notées dans le tableau 2. La grossesse était gémellaire chez 10 % des parturientes (5 cas). L'âge gestationnel moyen a été de 36,7 semaines d'aménorrhées (SA) avec des extrêmes allant de 25 SA à 42 SA et 2 jours. L'accouchement a été prématuré chez 10 des parturientes (21.7%).

Dans notre étude, 12 femmes (26 % des cas) ont nécessité un déclenchement du travail par une perfusion de synthocinon. Cinq femmes (10.8 %) avaient un score de Bishop défavorable

nécessitant une maturation cervicale par prostaglandines (prépidil). Le synthocinon a été nécessaire pour la direction du travail chez 60 % de nos patientes. La durée moyenne du travail a été de 2,14 heures avec des extrêmes allant de 20 minutes à 4 heures. L'accouchement a été par voie basse chez 22 patientes (47.8 % des cas), et par césarienne chez 24 parturientes (52.1 % des cas).

Tableau 2 : Pathologies observées au cours de la grossesse actuelle

	Nombre	%
Pré eclampsie	10	21.7
HRP	3	6.5
SHAG	2	4.3
MFIU	6	13
Placenta prævia	6	13
Macrosomie fœtale	3	6.5
Thrombopénie périphérique	2	4.3

Les indications des césariennes étaient les suivantes : souffrance fœtale aigue dans 37,5 %, utérus tri cicatriciel avec placenta prævia dans 25 %, utérus bi cicatriciel avec placenta prævia dans 12,5% des cas, utérus bi cicatriciel dans 6,25 % des cas, utérus cicatriciel avec grossesse gémellaire dans 6,25% des cas et un placenta prævia qui saigne dans 12,5% des cas. Le délai d'hystérectomie a été défini par la durée moyenne entre la délivrance et l'hystérectomie. Dans 76,7 % des cas, l'HH a été pratiquée après un délai inférieur ou égal à une heure. Une seule femme a eu une hystérectomie 2 jours après son accouchement à un hôpital régional. L'hystérectomie a été subtotale dans chez 85 % des cas dont une a été secondairement totalisée 24 heures après, devant la réapparition de saignement intra abdominal, alors qu'elle n'a été totale d'emblée que dans 15 %. L'inertie utérine représentait l'indication la plus fréquemment observée de l'hystérectomie d'hémostase. Deux cas de lésions de la filière génitale ont conduit au geste radical devant l'installation de troubles de l'hémostase malgré une bonne réparation locale de la lésion et une réanimation médicale adéquate (Tableau 3). Quinze patientes avaient gardé une anémie après l'hystérectomie et la transfusion. Trois décès ont été survenus dans un tableau de coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) avec un état de choc et l'autre dans un tableau de défaillance multi viscérale (Tableau 3).

Parmi les 51 naissances, on a trouvé 11 morts fœtales in utéro (MFIU) (21.5 % des cas) et aucun décès per ou post natal. Soixante pour cent de nos patientes ont été transférées au service de réanimation devant des troubles de l'hémostase (CIVD) dont une a présenté en plus un trouble de l'état de conscience suite à une crise d'éclampsie.

La durée moyenne d'hospitalisation au sein du service a été de 4,5 jours avec des extrêmes allant de 1 à 21 jours. Une seule patiente a eu une hospitalisation prolongée de 44 jours devant la survenue d'une septicémie et les complications rénales qu'elle a présentée. Ces complications rénales ont nécessité le recours à quelques séances d'hémodialyse.

Dans notre série, toutes les patientes ont bénéficié d'un a sanguin associé ou non à ses dérivés soit en pré, per ou post opératoire.

Toutes les femmes ont été convoquées 1 an après l'hystérectomie. Sept femmes (15.2 %) ont présenté une dépression. 12 patientes (26 %) ont présenté une dyspareunie. Sept femmes (15.2 %) ont présenté une diminution de la libido avec absence d'orgasme.

Tableau 3 : Indications de l'hystérectomie et les complications post opératoires

	Nombre	%
INDICATIONS		
Inertie utérine	20	44
CIVD	12	26
Placenta accreta	4	8.7
Placenta prævia	6	13
Rupture utérine	4	8.7
COMPLICATIONS		
Plaie vésicale	1	2.1
Reprise chirurgicale	1	2.1
Insuffisance rénale aiguë	2	4.3
Infections	6	13
Décès	3	6.5

CIVD : coagulation intra vasculaire disséminée

DISCUSSION

Il n'existe aucun consensus sur les indications de l'HH, ce qui explique l'extrême variabilité de la fréquence de l'intervention [1]. L'HH est une intervention dont la fréquence a été évaluée dans la littérature entre 0,2 et 12,5 % [2-5]. Une nette prédominance de l'HH a été notée entre l'âge de 31 et 40 ans. On rejoint ainsi les résultats de la littérature [4, 6, 7]. Zelop et al. [8] ont démontré que l'incidence de l'HH augmente de façon significative avec la parité. En effet la multiparité est un facteur de fragilisation de l'utérus favorisant la rupture utérine, l'inertie utérine et l'inversion utérine ainsi que l'hémorragie du post partum [9]. Combs et al. [9] ont constaté que la primiparité est un facteur de risque de prééclampsie, de travail anormal, de lésion de la filière génitale pouvant ainsi être responsable de l'hémorragie du post partum. La primiparité a été trouvée chez 13,3 % de nos femmes, alors que dans la littérature ce taux est disparate : il est de 27,7% en New York dans la série de Kastner et al. [7] et de 8,3 % en Turquie dans la série de Zeteroglu et al [5]. Rageth et al. [11] et récemment Ramanathan [12] ont montré que l'utérus cicatriciel est un facteur de fragilisation de l'utérus. Il a été trouvé chez 30 % de nos patientes.

Le curetage complémentaire de l'avortement altère la paroi

utérine et favorise ainsi une adhérence anormale de placenta. Le recours à l'avortement médical diminue ce risque [12].

Selon Combs et al. [9] et Ramanathan [11], l'antécédent d'hémorragie de la délivrance est considéré comme un facteur de risque pour une nouvelle récurrence.

Plusieurs pathologies gravidiques telles que la prééclampsie, la mort fœtale in utero (MFIU), la stéatose hépatique aigue gravidique (SHAG), l'hématome rétroplacentaire (HRP), constituent des situations favorisant d'un trouble acquis de l'hémostase. Ce qui favorise les hémorragies du post-partum et par conséquent les HH [13, 14].

La prééclampsie a représenté la pathologie gravidique la plus fréquemment rencontrée dans notre série (33,3 %).

D'autres situations peuvent être aussi considérées à risque d'HH comme la surdistension utérine qui peut être en rapport avec une macrosomie fœtale, un hydramnios, une grossesse gémellaire [11].

La prématurité constitue un facteur de risque de l'HH, vu la fréquence élevée des présentations dystociques à ce terme. Combs et al. [9] ont constaté que le salbutamol, qui est un bêta 2 mimétique utilisé pour la tocolyse, est un facteur de risque d'inertie utérine.

Le Syntocinon apporte une aide précieuse dans la pratique obstétricale. Mais le non respect de ses indications et de ses règles de prescription est parfois responsable de certaines complications obstétricales. L'abus d'utilisation de Syntocinon peut engendrer une inertie utérine et parfois une rupture utérine [9,15].

Il est admis que le travail très long (> 14 h) ou très court (<4h) expose aux hémorragies graves du post partum par inertie utérine [9, 16]. Dans notre étude, toutes les femmes avaient un travail court et aucune n'a présenté un travail long.

Dans la littérature, le taux d'accouchement par voie basse a été compris entre 13,92 % et 29, 41 % [3, 4, 6]. Dans notre série, ce taux a été de 47.8 %.

Le risque d'hémorragie du post partum semble augmenter lors des extractions instrumentales [9, 17].

Selon Combs et al [9], le délai de la délivrance > 30 mn est le facteur de risque le plus fortement lié à l'hémorragie de la délivrance. En effet, le retard de la délivrance peut être le reflet d'une inertie utérine.

Les césariennes sont pourvoyeuses d'hémorragies et les indications de la césarienne sont elles mêmes des facteurs d'hémorragies de la délivrance [3, 4].

Dans notre série, 52.1 % des femmes hystérectomisées ont accouché par césarienne. Ce taux reste plus bas par rapport à la littérature (de 64,6 % à 86,08%) [3, 4, 6, 17].

Kacmar et al. [3] ont constaté que la césarienne réalisée en urgence expose plus aux lésions pelviennes et qu'elle a plus de risque de provoquer une hémorragie du post partum. L'hystérectomie est un geste radical qu'il faut savoir pratiquer au bon moment avant la détérioration des conditions hémodynamiques. Ainsi dans notre étude, le délai entre la délivrance et l'hystérectomie a été inférieur à une heure chez la majorité des femmes.

L'hystérectomie subtotale est la technique la plus simple et la plus rapide. Elle a été pratiquée chez 80 % de nos patientes.

Ce taux rejoint celui de Kastner et al [7] qui était de 80,85 %. L'HH est une hystérectomie inter-annexielle. L'indication d'une annexectomie d'hémostase est rare, mais s'impose en cas de complication annexielle peropératoire.

En Tunisie, ainsi que dans d'autres séries internationales [2, 3, 5], l'inertie utérine représente la principale cause des HH. Dans notre étude, l'HH a été indiquée pour une inertie utérine chez 65 % des femmes. Ce taux relativement élevé comparé à celui de la littérature est dû au fait que notre maternité draine presque toutes les grossesses à risque et compliquées des maternités périphériques.

Combs et al. [9], ont constaté que le sulfate de magnésium utilisé dans la prévention des complications de la prééclampsie prédispose à une inertie utérine.

Le placenta accreta est une adhérence anormale du placenta au myomètre. Les antécédents de césarienne, de curetage, de placenta praevia, de synéchies post traumatique et la multiparité sont des facteurs de risque de placenta accreta. Ce qui pourrait expliquer le taux élevé, dans notre série, d'HH réalisée pour placenta accreta. Dans de nombreux cas, le diagnostic est fait devant un échec de la délivrance comme ça a été démontré dans l'étude récente de Kayem et al. [18]. Autrefois, le placenta praevia était responsable d'une lourde mortalité materno-fœtale par ses complications hémorragiques. Actuellement son pronostic s'est considérablement amélioré grâce au dépistage par l'échographie, et à la prise en charge rapide des femmes. Le placenta praevia peut être une source d'hémorragie de la délivrance du fait de la mauvaise rétraction du segment inférieur. Ainsi l'HH est parfois la seule méthode salvatrice. En effet 20 % des HH ont été indiquées devant un placenta praevia. Ce taux varie dans la littérature entre 8,5 % et 31,25 % [2, 5, 6, 7, 17].

La rupture utérine est une urgence obstétricale qui constitue une complication redoutable du travail et de l'accouchement. Après revue de la littérature, on a constaté que les HH pour rupture utérine sont plus fréquentes en pays en voie de développement (de 20,8 à 34,5) [5, 19], qu'en pays développés (de 2,1 à 8,3%) [2, 6, 7].

Les lésions de la filière génitale ne doivent pas être négligées car souvent elles peuvent être une source d'hémorragie distillante à bas bruit et une coagulopathie de dilution. L'inversion utérine est devenue un évènement rare et les indications de l'hystérectomie sont devenues exceptionnelles.

La fréquence et la gravité des complications sont corrélées à la cause de l'hystérectomie et aux circonstances d'extrême urgence de l'intervention. En per opératoire, les plaies des organes avoisinants sont des accidents rencontrés au cours de l'HH. Selon Harris [20], les complications les plus fréquentes sont les plaies vésicales suivies des plaies intestinales et en dernier lieu les plaies urétrales.

En post opératoire, plusieurs complications ont été constatées. L'insuffisance rénale aigüe (IRA) a été observée dans la littérature ainsi que dans notre série à des taux faibles allant de 1,2 % à 5,1 % [21, 22]. Les infections urinaires, pulmonaires et les infections du site de section, la septicémie et autres peuvent compliquer tout type de chirurgie.

Dans la littérature d'autres complications ont été constatées

comme la thrombophlébite [7, 16], l'embolie pulmonaire [7, 16], la déhiscence de la plaie opératoire et l'iléus paralytique [20].

D'après la définition de l'OMS de la mortalité maternelle, l'HH fait constamment partie des causes obstétricales dites « directes » de décès. Dans les pays développés, le taux de la mortalité est faible (entre 0 et 4%) [3, 6]. Alors que dans les pays en voie de développement, ce taux est encore élevé (de 10,52 à 24,13 %) [5]. Dans notre étude le taux de mortalité était de 6.5 %. Ce taux élevé nous incite à mieux poser les indications des HH et surtout de poser cette indication à temps pour éviter le passage à un cercle vicieux où on se retrouve dans le cas des hémorragies rebelles au traitement.

La mortalité néonatale a été de 21,2 %. Ce taux reste plus élevé que les autres séries internationales (de 5,4 % à 15,7%) [2, 4, 6, 22]. Ceci s'explique par la prise en considération le plus souvent en 2ème position du pronostic fœtal et néonatal.

Les lésions de l'appareil génital peuvent retentir sur le psychisme et qu'à l'inverse des perturbations affectives pouvaient être à l'origine de troubles gynécologiques. Actuellement, les complications psychologiques décrites après l'hystérectomie sont dominées par les états dépressifs. L'anxiété, l'agitation et l'insomnie sont encore retrouvées mais avec une fréquence moindre [23, 24].

Par ailleurs, l'hystérectomie peut perturber la vie sexuelle au sein du couple. En effet, La perte de l'utérus et le changement de l'anatomie du pelvis peuvent entraîner une baisse du désir sexuel et de la libido puisqu'ils exigent une certaine attention au corps [20, 23-25].

CONCLUSION

Au terme de ce travail, nous insistons sur l'intérêt du suivi prénatal, du déroulement du travail et de l'accouchement. Ainsi que le développement des autres techniques chirurgicales et les perspectives d'avenir à savoir l'embolisation artérielles sélectives afin de prévenir le recours à l'hystérectomie d'hémostase, qui reste une intervention mutilante chez des femmes jeunes souvent désireuses de grossesse.

Références

1. Plauche WC. Cesarean hysterectomy : indications, technique, and complications. *Clin Obstet Gynecol* 1986 ; 29:318-28.
2. Forna F, Miles AM, Jamieson DJ. Emergency peripartum hysterectomy: a comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004 ; 190: 1440-4.
3. Kacmar J, Bhimani L, Boyd M, Shah-Hosseini R, Peripert JF. Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy : a case control study. *Obstet Gynecol* 2003 ; 102: 141-5.
4. Nayama M, Moulaye AA, Djibrill B, Garda M, Idi N, Boukerrou M. Les hystérectomies d'hémostase en pays sous équipés : un geste vital. Etude prospective dans une maternité de référence au Niger. *Gynecol Obstet Fertil* 2006 ; 34: 900-5.
5. Zeteroglu S, Ustun Y, Engin-Ustun Y, Sahin G, Kamaci M. Peripartum hysterectomy in a teaching hospital in the eastern region of Turkey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 120: 57-62.
6. Kwee A, Bots ML, Visser GH, Bruinse HW. Emergency Peripartum hysterectomy : A prospective study in the Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006 ; 124: 187-92.
7. Kastner ES, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency Peripartum hysterectomy : experience at a community. *Obstet Gynecol* 2002; 99:971-5.
8. Zelop CM, Harlow BL, Frigoletto FD Jr, Safon LE, Saltzman DH. Emergency Peripartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168:1443-48.
9. Combs CA, Murphy EL, Laros RK Jr. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 69-76.
10. Rageth JC, Juzi C, Grossenbacher H. Delivery After Previous Cesarean: A Risk Evaluation. *Obstet Gynecol* 1999;93:332-37.
11. Ramanathan G, Arulkumaran S. Postpartum hemorrhage. *J Obstet Gynecol Can* 2006; 28 : 967-73.
12. CA. Schreiber, MD. Creinin, MF. Reeves, BJ. Harwood. Mifepristone and misoprostol for the treatment of early pregnancy failure: a pilot clinical trial. *Contraception* 2006; 74: 458-62.
13. J. Kramer, H.M. Otten, M. Levi, H. ten Cate. The association of disseminated intravascular coagulation with specific diseases. *Réanimation* 2002 ; 11 : 575-83
14. Bollaert PE, Annane D, Aube H, et al. Coagulations intravasculaires disséminées (CIVD) en réanimation : définition, classification et traitement (à l'exception des cancers et hémopathies malignes). *Réanimation* 2002; 11: 567-74
15. Kovavisarach E. Obstetric hystereotomy: a 14 -year experience of Rajavithi hospital 1989-2002. *J Med Assoc Thai* 2006; 86 : 1817-21.
16. Stanco LM, Schrimmer DB, Paul RH, Mishell DR. Emergency Peripartum hysterectomy end associated risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168:879-83.
17. Wingprawat S, Chittacharoen A, Suthvoravut S. Risk factors for emergency peripartum cesarean hysterectomy. *Int J Obstet Gynecol* 2005 ; 90 :136-7.
18. Kayem G, Grangé G, Goffinet F. Prise en charge du placenta accreta. *Gynecol Obstét Fertil* 2007; 35: 186-92.
19. Pelage JP, Laissy JP. Prise en charge des hémorragies en post partum : indications et techniques de l'embolisation artérielle. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004 ; 33: 4S93-4S102.
20. Harris WJ. Complications of hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol* 1997; 40: 928-38.
21. Boulanger JC, Vitse M, Delobel J. Traitement des coagulopathies compliquant le décollement prématuré du placenta normalement inséré. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1998;76: 511-17.
22. Langdana F, Geary M, Haw W, Keane D. Peripartum hysterectomy in the 1990s : a new lessons? *J Obstet Gynecol* 2001; 21:121-3.
23. Carlson KJ. Outcomes of hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol* 1997;40:939-46.
24. Naughton MJ, McBee WL. Health-related quality of life after hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol* 1997; 40:947-57.
25. Farell SA, Kieser K. Sexuality after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000;95:1020-2.