Conséquences de l'hystérectomie au centre hospitalier national de Pikine a Dakar

Consequences of hysterectomy at the national hospital of Pikine in Dakar

Gueye M*,**, Diouf Aa*,**, Cisse A*,**, Coulbary As***, , Moreau Jc**, Diouf A*,**.

** Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier National de Pikine, sis ex-Camp de Thiaroye, Dakar, Sénégal.*
*** Clinique Gynécologique et Obstétricale, *, Avenue Pasteur, Dakar, Sénégal.*
**** Service d'Anesthésie-Réanimation, Centre Hospitalier National de Pikine, sis ex-Camp de Thiaroye, Dakar, Sénégal.*

RÉSUMÉ

Prérequis : Malgré la fréquence de l'hystérectomie, plusieurs études ont fait état de séquelles physiques et psychologiques dues à cette intervention.

But : Evaluer les conséquences de l'hystérectomie, leur niveau d'importance et le vécu.

Méthodes : 70 patientes ont bénéficié d'une hystérectomie de Janvier 2009 à Juin 2011. Le vécu était déterminé par les conséquences physiques et psycho-sociales ressenties après l'intervention.

Résultats : L'hystérectomie représentait 5,9 % des activités chirurgicales gynécologiques. Les indications étaient dominées par la myomatose utérine (57,1%). L'hystérectomie était réalisée par voie abdominale dans 78,6 % des cas et associée à une annexectomie dans 87% des cas. Après l'intervention, de nouveaux symptômes sont apparus : bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, incontinence urinaire et impériosité mictionnelle chez respectivement 65,7 %, 54,3 %, 7,1% et 11,4% des patientes. Une proportion de 45,6% a repris une activité sexuelle au bout de 90 jours, avec un délai plus précoce pour celles opérées par voie vaginale. La peur des douleurs au moment des rapports sexuels a été exprimée dans 55,7% des cas. Une baisse de la fréquence des coïts était retrouvée chez 54,3% des patientes, une baisse du plaisir au cours des rapports sexuels chez 38,6% des patientes. Des répercussions psychologiques étaient rapportés : baisse de la confiance en soi (31,4%), sensation d'être repoussée par son conjoint (5,7 %), sensation de mutilation (24,3%).

Conclusion : Les impacts de l'hystérectomie sont bien réels. Des mesures d'accompagnement sont nécessaires, en plus de la préparation préopératoire, pour permettre aux patientes d'améliorer le vécu.

Mots-clés
Hystérectomie, Conséquences, Vécu, Prévention.

SUMMARY

Background: Despite the frequency of hysterectomy, several studies have reported physical and psychological sequelae of this intervention.

But : To evaluate the consequences of hysterectomy, their level of importance and how patients experience hysterectomy.

Methods: That is a prospective study of 70 patients who underwent a hysterectomy from January 2009 to June 2011 at Pikine National Hospital. The experience of hysterectomy was determined by the physical and psychosocial felt after surgery.

Results: Hysterectomy represented 5.9 % of gynecological surgical activities. The indications were dominated by myoma (57.1%). Hysterectomy was performed abdominally in 78.6% of cases and associated with bilateral salpingo-oophorectomy in 87% of cases.
After surgery, new symptoms appeared: hot flushes, night sweats, urinary incontinence and urge incontinence in respectively 65.7%, 54.3%, 7.1% and 11.4% of patients.
A proportion of 45.6% of them had resumed sexual activity after 90 days. The fear of pain at the time of intercourse was expressed in 55.7% of cases. A decrease in the frequency of sexual intercourse was found in 54.3% of patients. A drop of pleasure during sex was expressed in 38.6% of patients.
Psychological effects were also reported by patients: decreased confidence in 31.4% of patients, feeling of being rejected by her husband in 5.7% of cases, sensation of mutilation in 24.3% of cases.

Conclusion: Physical and psychological postoperative impacts of hysterectomy are real. Adequate accompanying measures are necessary, in addition to preoperative preparation, to allow patients to improve the experience of hysterectomy.

Key-words
Hysterectomy, Consequences, Experience, Prevention.

L'hystérectomie est l'une des interventions les plus fréquentes en chirurgie gynécologique. La première hystérectomie a été réalisée par Charles Clay en 1843 en Angleterre [1]. Deux siècles plus tard, on notait une nette augmentation des taux d'intervention de ce type avec des fréquences variables d'un pays à l'autre. En Occident, l'hystérectomie pour pathologie bénigne est l'une des interventions les plus pratiquées. En France, elle est l'intervention la plus fréquente de la région abdomino-pelvienne, après la césarienne, avec environ 72.000 femmes opérées chaque année [2]. En Angleterre, 100.000 hystérectomies sont réalisées chaque année [3]. Aux Etats-Unis, il a été réalisé 602.500 hystérectomies en 2003, soit 5,38/1000 femmes-années [4].

Malgré une relative satisfaction notée auprès des patientes ayant été consultées et prises en charge, plusieurs études ont fait état de séquelles physiques et psychologiques dues à l'hystérectomie, dénonçant ainsi la notion de « fréquence abusive et de mauvais vécu psychologique de l'hystérectomie, obligeant à réfléchir aux indications actuelles de cette intervention » [5].

En effet, des symptômes urinaires et digestifs sont souvent décrits par les patientes après une hystérectomie. En outre, l'utérus étant considéré comme le symbole de la féminité, son ablation peut être cause d'un véritable handicap psycho-social. Dans les sociétés africaines traditionnelles au sein desquelles la procréation est d'une grande importance, l'aménorrhée et l'infertilité post-hystérectomie peuvent être à l'origine de réels problèmes psycho-sociaux.

Si plusieurs études ont été réalisées en Europe et en Amérique sur les impacts physiques et psycho-sociaux de l'hystérectomie, ce n'est pas le cas en Afrique où l'on constate un manque criard d'études sur la question. Ces raisons ont suscité en nous l'intérêt de mener cette recherche afin de contribuer à enrichir la connaissance des retentissements physiques et psycho-sociaux de l'hystérectomie. La présente étude a pour objectif de déterminer la fréquence des hystérectomies dans notre structure et évaluer ses impacts tant au plan physique, psychique que social.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique allant du 1er janvier 2009 au 30 juin 2011, soit sur 30 mois et portant sur les cas d'hystérectomies réalisés dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine. Une partie des données a été recueillie à partir du dossier médical, une autre partie lors d'entretiens directs au cours desquels, les patientes répondaient à un questionnaire qui leur était soumis. La majeure partie de nos entretiens s'est déroulée au Centre Hospitalier National de Pikine. A la demande de certaines patientes, quelques entretiens se sont déroulés à leur domicile. Les variables étudiées étaient les caractéristiques socio-démographiques (âge, ethnie, niveau d'instruction, niveau socio-économique), les antécédents, les modalités et le vécu de l'hystérectomie. Ce vécu était déterminé par les conséquences physiques et psycho-sociales ressenties après l'intervention.

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 17.0. Les variables continues ont été comparées à l'aide du test ANOVA et les variables en échelle à l'aide du test de Khi 2 ou du test exact de Fisher. Le seuil de signification retenu était de 0,05.

RESULTATS

Durant cette période, 174 hystérectomies ont été réalisées sur 2927 interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales ; 70 patientes ont accepté de participer à l'étude. L'hystérectomie représentait 5,9% des activités chirurgicales gynécologiques et 3% des activités chirurgicales totales. L'âge moyen de nos patientes était de 44,4 ans avec des extrêmes de 24 et 60 ans. La parité moyenne était de 6 (extrêmes : 0 et 12) ; les nullipares représentaient 18,6% de l'échantillon.

Les indications opératoires étaient dominées par les lésions bénignes avec, au premier plan, la myomatose utérine (57,1%). Les hystérectomies obstétricales d'urgence représentaient 8,6% des indications. L'hystérectomie était réalisée par voie abdominale dans 78,6% des cas et par voie vaginale dans 21,4% des cas. L'hystérectomie totale a été réalisée dans 98% des cas, associée à une annexectomie chez 61 patientes sur 70 (87%).

Avant l'intervention, les troubles génito-urinaires étaient dominés par les méno-métrorragies et les algies pelviennes (tableau I).

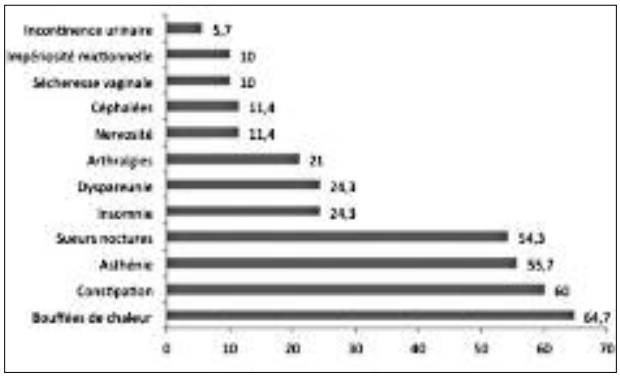
Tableau 1: Fréquence des troubles génito-urinaires avant intervention

Troubles	Nombre (N)	Pourcentage (%)
Algies pelviennes	44	62,8
Méno-métrorragies	39	55,6
Dyspareunie	6	8,6
Dysurie	5	7,1
Dysménorrhée	3	4,3
Polyménorrhée	3	4,3
Frigidité	3	4,3
Aménorrhée	2	2,9

Toutes les patientes ayant subi une hystérectomie abdominale et 98% de celles ayant eu une hystérectomie vaginale ont déclaré être satisfaites quant à leur motif de consultation.

Après l'intervention, de nouveaux symptômes, rattachés à l'hystérectomie, nous ont été rapportés, décrivant, dans un premier temps, des signes hormonaux tels que : bouffées de chaleur chez 65,7% des patientes et sueurs nocturnes chez 54,3% des patientes (figure 1).

Figure 1 : Fréquence des symptômes après hystérectomie (en %)



A cela s'ajoutent également des signes digestifs tels que la constipation, décrite par 60% des femmes avec une nette prédominance chez les patientes opérées par voie abdominale. Des cas d'incontinence urinaire et d'impériosité mictionnelle ont été décelés chez, respectivement 7,1% et 11,4% des patientes.

Après l'intervention, 45,6% des patientes ont repris une activité sexuelle au bout de 90 jours, avec un délai plus précoce pour celles opérées par voie vaginale. Chez les patientes ayant repris une activité sexuelle, la peur des douleurs, au moment des rapports, a été exprimée dans 55,7% des cas. Cette appréhension justifiait la baisse de la fréquence des rapports sexuels, touchant 54,3% des patientes. Les interrogatoires ont également révélé une baisse du plaisir au cours des rapports sexuels chez 38,6% des femmes opérées.

L'absence des règles était perçue comme un soulagement chez les patientes, 84,3%.

Des conséquences psycho-sociales ont été rapportées telles que baisse de la confiance en soi par l'atteinte du symbole de l'identité féminine traduite chez 31,4% des patientes. La détérioration des rapports sociaux concernait essentiellement le couple. En effet, quatre patientes (5,7%) ont affirmé avoir été repoussées par leur conjoint. Une proportion de 27,1% (n=19) des femmes interrogées ressentaient une diminution de leur capacité à travailler avec baisse de leurs performances professionnelles.

Concernant l'acte en général, 36% de nos patientes affirmaient ne pas regretter d'avoir subi une hystérectomie.

DISCUSSION

Cette étude nous a permis de confirmer que les impacts physiques et psychologiques post opératoires sont bien réels. Ceci d'autant plus que cette intervention est pratiquée avec une fréquence étonnante au plan mondial. Selon une étude de Subtil et al., le risque d'avoir subi une hystérectomie à 40 ans serait de 4,5% en France et de 12,6% aux Etats-Unis. A 50 ans, ce risque serait de 12% en France et 23,8% aux Etats-Unis [6]. La myomatose est la première indication. Les taux élevés de fibromes utérins peuvent s'expliquer par la prédisposition de la race noire à la myomatose utérine comme le démontre le travail de Kjerullf [7]. La laparotomie était la voie d'abord prédominante dans notre étude. La voie vaginale reste toujours peu pratiquée dans nos pays. En effet, dans l'étude de Diallo, elle ne représentait que 13,7% [8]. Elle était de 27,3% à l'hôpital du Point G au Mali entre 2001 et 2002 [9] . Ces chiffres, bien que considérés comme faibles, prouvent toutefois cette nouvelle tendance vers l'abord par voie vaginale à l'image des autres pays. Aux Etats-Unis, en 2003, sur 602.457 hystérectomies, la voie vaginale représentait 21,8% [4]. En France, une étude réalisée en 2004, dans la région de l'Ile-de-France, a révélé des taux de 48,3% pour la voie vaginale contre 24,4% pour la voie abdominale [10]. Les voies d'abord cœlioscopique ou coelio-assistée présentent des avantages sur le plan esthétique, sur la durée d'intervention mais aussi sur le vécu postopératoire comparées à la voie abdominale [11].

En France, en 2002, parmi les 23.094 hystérectomies réalisées pour pathologie bénigne, seulement 3 à 4% étaient des hystérectomies subtotales [1]. Dans notre contexte où le dépistage du cancer du col n'est pas toujours systématique, il est préférable de réaliser une hystérectomie totale pour réduire le risque de cancer sur col restant. Dans certaines régions, les données sont toutefois différentes. Au Burkina Faso, Dao [12] retrouvait dans son étude, 48,2% d'hystérectomie subtotale contre 38,3% d'hystérectomie totale.

Toutes les patientes ayant subi une hystérectomie abdominale étaient satisfaites par rapport à leur motif de consultation et 93% pour celles opérées par voie vaginale. En effet, cette satisfaction constitue la règle si l'hystérectomie est pratiquée pour un vrai motif médical; l'intervention libère alors les femmes et améliore leur bien-être : c'est le reflet indirect de la qualité de l'indication opératoire [13].

L'apparition des signes hormonaux s'explique par la ménopause chirurgicale induite par l'annexectomie associée. Ainsi, tous ces symptômes ont été essentiellement décrits par les femmes ayant subi une annexectomie associée à l'hystérectomie. Par ailleurs, la voie d'abord n'avait pas d'impact sur l'apparition de ces symptômes hormonaux. Les signes digestifs décrits par nos patientes étaient essentiellement représentés par la constipation. Taylor et al. [14], trouvaient également une fréquence élevée de constipation chez les patientes ayant subi une hystérectomie. Ils expliquaient la survenue de ces symptômes par un traumatisme des nerfs pelviens lors de l'intervention.

La survenue de douleurs au moment des rapports sexuels peut facilement être à l'origine d'une détérioration de la qualité de la sexualité et donc, d'un mauvais vécu de l'intervention. Dans le cadre de notre étude, nous avons retrouvé des cas de dyspareunie chez 16 patientes, soit un taux de 23% de l'effectif. Ces chiffres peuvent être considérés comme importants comparés à ceux de Chevalier [15] et de Graesslin [13] qui ont trouvé la dyspareunie chez 14% de leurs patientes. Par contre, dans la série de Virtanen [16], 40% des patientes ayant subi une hystérectomie présentaient une dyspareunie. Griffith-Jones et al. [17] ainsi que Bhattacharya et al. [18], ne retrouvaient pas de sur-risque d'incontinence urinaire après hystérectomie. Par contre, Milsom et al.[19] retrouvaient l'hystérectomie comme un facteur de risque d'incontinence urinaire.

Ayoubi et al. [20], dans une étude rétrospective comparant les effets de l'hystérectomie sur la sexualité en fonction de la voie d'abord, trouvaient que le délai postopératoire de reprise de l'activité sexuelle était plus court après hystérectomie vaginale (45,2+/- 6,7 jours) qu'après hystérectomie abdominale (62,4+/- 9,3 jours).

Nous constatons, ainsi, que l'ablation de l'utérus était perçue par certaines patientes comme une amputation de trois grands rôles qui lui sont dévolus : la féminité, la sexualité et la maternité. Les altérations corporelles induites par l'hystérectomie créent un conflit entre l'image réelle du corps et l'image inconsciente (idéale). Cette nouvelle vision du « Moi », négative de surcroit, influence le vécu de l'hystérectomie. A cela s'ajoute le regard de l'Autre qui est un élément qui pèse considérablement sur le moral de la patiente et sa perception de l'intervention qu'elle a subie. En effet, face à cette perturbation de l'image de soi, un soutien psychologique de l'entourage proche constituerait un mécanisme d'adaptation à cette nouvelle vie. Pourtant au delà de ce vécu difficile, la grande majorité de nos patientes (91,4%) affirmait ne pas regretter d'avoir subi une hystérectomie qui a soulagée de symptômes invalidants. Notre expérience a prouvé que le soutien moral de l'entourage, la préparation psychologique pré opératoire ainsi que la force de la croyance spirituelle des patientes sont également des facteurs qui ont participé à atténuer l'impact de l'hystérectomie.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de confirmer que les impacts physiques et psychologiques post opératoires sont bien réels. Les résultats enregistrés nous confortent également dans l'idée que des mesures d'accompagnement psychologiques adéquates sont nécessaires, en plus de la préparation pré opératoire, pour permettre aux patientes d'améliorer le vécu de l'hystérectomie.

Références

1. Deffieux X, Huel C, Cosson M. Hystérectomies subtotales: données récentes et implications pratiques. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2006;35:10-5.
2. Mamy L, Letouzey V, Chevalier N. Gondry J, Mares P, de Tayrac R. Séquelles vésicophinctérienne, anorectales et génitosexuelles de l'hystérectomie. Pelv Perineol, 2009; 4:22-30.
3. Clayton, RD. Hysterectomy. Obstet Gynecol, 2006; 20:73-87.
4. Wu JM, Wechter ME, Geller EJ. Hyterectomy rates in the United States. Obstet Gynecol, 2003; 110:1091-5.
5. Barrat J, Marpeau L, Leger D. Réflexions à propos de l'hystérectomie. Indications, abus, retentissements psychologiques. Bull Acad Natl Med, 1995; 110:1855-70.
6. Subtil D, Cosson M, Vinatier D. Epidémiologie des hystérectomies. Hystérectomies pour pathologies bénignes. Masson, Williams et Wilkins, Paris-France, 1997:151-9.
7. Kjerullf KH, Langenberg PW, Greenaway L, Umm J, Harvey LA. Urinary incontinence and hysterectomy in a large prospective cohort study in Amencan women. J Urol, 2002; 167:2088-92.
8. Diallo D, Sy M, Guèye S, Moreau J. L'ystérectomie par voie vaginale à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU A. Le Dantec. Med Afr Noire, 2005; 52:376-8.
9. Sissoko S. Les hystérectomies vaginales dans le service de gynécologie obstétrique de l'hopital du Point G. A propos de 58 cas. These médecine. Université de Bamako. 2001-2002.
10. Debodinance P. Hystérectomies pour lésions bénignes sur utérus non prolabé: Epidémiologie et suites opératoires dans le Nord de la France. Gynecol Obstet, 2001; 30(2):151-9.
11. Haute JC. Vers un modèle théorique de la personne soignée. http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article130
12. Dao B, Touré B, Sano D, Bambara M. Les hystérectomies en zone tropicale:expérience d'une maternité africaine. A propos de 141 cas au Burkina Faso. Tunis Med, 2001; 79:47-50.
13. Graesslin O, Martin-Morille C, Leguillier -A, MC. Local investigation concerning psychic and sexual functioning a short time after hysterectomy. Gynecol Obstet Fertil, 2002; 30(6):474-82.
14. Taylor T, Smith A, Fulton M. Effects of hysterectomy on bowel and bladder function. Int J Colorectal Dis, 1990; 5:228-31.
15. Chevalier N. Les conséquences fonctionnelles urinaires, digestives et sexuelles des hystérectomies vaginales: étude cas- témoins. Thése de medecine, université Kremlin-Bicetre, Paris-XI. 2003.
16. Virtanen H, Makinen J, Tenho T. Effects of abdominal hysterectomy on urinary and sexual symptoms. Br J Urol, 1993; 72:868-72.
17. Griffith-Jones M-D, Jarvis G-J, Mcnamara H-M. Adverse urinary symptoms after total abdominal hysterectomy-fact or fiction. Br J Urol, 1992; 67:295-7.
18. Bhattacharya S, Mollison J, Pinion S. A comparison of bladder and ovarian function two-years following hysterectomy or endometrial ablation. Br J Obstet Gynecol, 1996; 103:898-903.
19. Milsom I, Ekelund P, Molander U. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. J Urol, 1993; 149:1459-62.
20. Ayoubi J, Fanchin R, Monrozies X. Respective consequences of abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2003; 111:179-82.