

UNIVERSITE DE NIAMEY

Ecole des Sciences de la Santé

Année 1981

N° 5

***LES RUPTURES UTERINES A LA MATERNITE CENTRALE DE NIAMEY
(A PROPOS DE 260 CAS COLLIGES EN 7 ANS)***

THESE

**Pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d ' Etat)**

Présenté et soutenu publiquement le 14 Décembre 1981

Par KAMBOU Timothée né en 1953 à DIEGONAO/GAOUA (HAUTE-VOLTA)

Maître de Thèse : Dr. Guy BIANCHI

Président : Pr. P. WAHL

Membres : Pr. M . SANGARET

: Pr. M . R . OUIMINGA

: Dr. A . MOSSI

UNIVERSITE DE NIAMEY
ECOLE DES SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE 1980 - 1981

ADMINISTRATION

Directeur : Pr. HAMIDOU SEKOU

Secrétaire principal : M. MOUSSA SIDI

PERSONNEL ENSEIGNANT PERMANENT

Professeurs Titulaires : HAMIDOU SEKOU Santé Publique
FRANCOIS B. SAKLA Histologie - Embryologie
GUY COMLAN Anatomie Pathologique

Professeur Agrégé : ARNAUD CENAC Médecine Interne

Maîtres de conférences : AMADOU MOSSI
M.C. THURIAUX Santé Publique

Maîtres-assistants : ALEXIS COUMBARAS Parasitologie
ABDOU SANDA Pédiatrie

ABDOU MOUSSA KABO Ophtalmologie

ABDOULAYE ALOU Cardiologie

AMADOU SEKOU SAKO Anatomie

DJUVARA RAZVAN Chirurgie

EMILE JEANNE Epidémiologie

HAMADOU OUSSEINI Maladies infectieuses

ISSAKA GAZOBI Gynéco- obstétrique

PERSONNEL DES AUTRES FACULTES

Maîtres de conférences :	DAOUDA HAMANI	Biochimie
	BERNARD PUCCI	Chimie organique
	Mme V. RICHARD	Biologie cellulaire
Maîtres-assistants :	GASTON KABA	Anglais
	MAHAMANE BAOUA	Chimie minérale
	MAMADOU IBRAHIM	Physique
	RABO HIMA	Mathématiques
	YENIKOYE ALHASSANE	Endocrinologie
	IDRISSA DIAWARA	Psychologie
	ABDOULAYE TINGA	Physique
	PIERRE EMERY	Mathématiques
	Mme G. ROUGON	Biologie cellulaire

CHARGES DE COURS

ADAMOU ABDOU	Immunologie
M. BARBOTIN	Sémiologie médicale
BEIDARI HAMIDOU	Bactériologie - Virologie
DIALLO MOUSTAPHA	Pharmacologie
DIALLO YACINE	Chirurgie dentaire
DJIBEY ISSOUFOU	Anatomie
EDOUARD YOUACHIM	Gynéco - obstétrique

GUY BIANCHI	Gynéco - obstétrique
GARBA HALIMA	Gynéco - obstétrique
JACQUES FARBOS	Physiologie
JEAN LANDOIS	Chirurgie
KAMAL ZAKI WASSEF	Anglais
KONARZEWSKI ROLAND	Médecine Interne
ODILE FERRAGU	Pédiatrie
PATRICK OSOUF	Psychiatre
RAYMOND MADRAS	Médecine interne
SEYNI HAMADOU	Néphrologie
LORIDA WRIGHT	Chirurgie dentaire
MARGUERITE WRIGHT	Parasitologie
PIERRE DUFOUR	Cardiologie
Mme J. K. KIM	ORL
HENRI BAUP	Microbiologie
MICHEL MINOUS	Ophtalmologie
JACQUES DOCQUIER	Anatomie - Urologie
JEAN-MARIE LAMOTTE	Epidémiologie
RENE OLIVIER	Traumatologie
S. GRETILLAT	Entomologie
M.ESKIA	Physiologie
CL. MAILLARD	Immunologie
A. KANE	Ecologie
PESTIAUX	pneumo-phtisiologie

DANTE BOUBACAR	T.P. Bactériologie
HAMA SOULEYMANE	T. P. Bactériologie
WAZIRI IBRAHIM	Soins infirmiers
DAN DOKA GOTTO	Soins infirmiers
DJABIROU BAWA	Soins infirmiers

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

Professeurs titulaires :	M. SERISE	Santé Publique	(Bordeaux)
	JEAN RIVIERE	Endocrinologie	(Bordeaux)
	PIERRE PENE	Sémiologie médicale	(Marseille)
	ANDRE MAZER	Physiologie	(Marseille)
	ANDRE BASSET	Dermatologie	(Strasbourg)
	SYLLA SADIO	Anatomie	(Dakar)
	A. DEREYMACKER	Neurochirurgie	(Bruxelles)
	EDMOND BERTRAND	Cardiologie	(Abidjan)
	LE GUYADER ARMAND	Anatomie - Urologie	(Abidjan)
	KOUMARE MAMADOU	Pharmacologie	(Bamako)
	DE LOSTALOT	Thérapeutique	(Marseille)
	P. CARTERET	Physiologie	(Lomé)
	P. AUBERT	Thérapeutique	(Paris)
	IBRAHIM SOW	Neuropsychiatrie	(Paris)

H. M.GILLES	Parasitologie	(Liverpool)
CYPRIEN QUENUM	Anatomie Pathologie.	(Reims)
C. ARGENSON	Anatomie	(Dakar)
H.V. KINIFFO	Chirurgie	(Cotonou)
G. L. MONOKOSSO	Santé publique	

(Yaoundé)

C. AQUARO	Biochimie	(Yaoundé)
P. RIPERT	Parasitologie	(Yaoundé)
R. GUEMATCHA	Microbiologie	(Yaoundé)
W. STABILE	Nutrition	(Ouagadougou)
B. KOUDOUGBO	Biochimie	(Libreville)

Professeurs agrégé :

PATRICK ROGER	Endocrinologie	(Bordeaux)
J.J. RHNER	Physiologie	(Marseille)
R.M.OUIMINGA	Chirurgie	(Ouagadougou)
LAMINE DIAKHATE	Hématologie	(Dakar)
PH. ANTONIOZ	Histo-Embryologie	(Dakar)
RENE N'DOYE	Biophysique	(Dakar)

DEDICACES

A

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAMIDOU SEKOU

Directeur de l'école des Sciences de la Santé de l'Université de NIAMEY

Vous nous avez aidé à faire les premiers pas sur le dur et long chemin de l'apprentissage de l'art de soigner. En témoignage de notre reconnaissance, nous vous dédions aujourd'hui ce travail qui marque la fin d'une étape. Nous garderons aussi présent à l'esprit, votre exemple sur le reste du chemin à parcourir qui sera certainement plus dur mais sûrement plus exaltant.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL WAHL PRESIDENT DE THESE

En acceptant de parcourir une si longue distance, malgré vos multiples charges , pour
présider ce modeste travail, vous nous faites un grand honneur.

Veillez, croire à notre déférente considération et à notre profonde gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MALICK SANGARET

Vous avez bien voulu prendre de votre précieux temps pour examiner ce travail ; soyez assuré
de notre sincère reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE RAMBRE MOUMOUNI OUIMINGA

Pendent un temps trop court , nous avons bénéficié de vos enseignements dont avons
apprécié la clarté et la richesse .

Vous nous faites aujourd'hui, un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Qu'il nous
soit permis ici, de vous exprimer nos sentiments de profond respect et de gratitude

MONSIEUR LE DOCTEUR AMADOU MOSSI

Nous avons eu l'honneur de travailler sous votre direction et nous avons largement
bénéficié de vos enseignements .

Aujourd'hui, nous vous sommes reconnaissant d'avoir accepté de siéger dans notre jury.

MONSIEUR LE DOCTEUR GUY BIANCHI NOTRE MAITRE DE THESE

Nous avons beaucoup appris a vos cotés . Il nous est difficile d'exprimer en si peu de lignes tous nos sentiments de sympathie et de reconnaissance pour votre patience et vos efforts constants qui nous ont guidé dans la conception et la réalisation de ce travail.

A mon père

En te présentant aujourd'hui le fruit de tes multiples sacrifices, il me plaît de te rappeler avec quelle habileté tu as su manier amour et bâton pour notre éducation. Tes largesses et ta sensibilité aux souffrances d'autrui nous ont appris à être humain et à aimer ce métier. Merci pour tout

A ma mère

Aucun sacrifice n'a été trop grand pour toi afin de nous voir comblés et heureux . Seul ton amour m'a permis de persévérer . En voici aujourd'hui les prémices.

A ma Chérie ELISABETH

Providence de ma vie, tu as su , par ton amour me redonner confiance à moi même. J'espère que tu n'es pas déçue !

A notre petit SERGE

Avec l'espoir que tu seras meilleur

A ma sœur MYRIAM

Tu as connu les affres de fille unique dans une famille nombreuse et tu n'as pas non plus été épargnée par les difficultés de l'enfantement. Je te dédie ce travail comme symbole de ma part dans tes souffrances

A mes différents maîtres et camarades de l'école primaire de Bouroum-Bouroum

Je garde un souvenir agréable et inoubliable de chacun de vous tous !

A mes différents professeurs et camarades du Collège Protestant de Ouagadougou

Avec ma reconnaissance et mes amitiés

Aux Enseignants et camarades de l'école des sciences de la santé de l'Université de

Niamey : En espérant que nous demeurerions unis par la profession que nous avons choisi !

Aux frères et soeurs du groupe Biblique universitaire de Niamey (GBU)

Merci pour la communion fraternelle et le soutien spirituel.

A la communauté chrétienne de Niamey

Sept années durant j'ai vécu parmi des frères et des soeurs animés d'un amour véritable.

REMERCIEMENTS

Nous remercions Mme TRAORE née TIEMOKO KADI, grâce à qui nous lisons ces lignes

A monsieur le secrétaire principal et tout le personnel administratif de l'école des Sciences de la Santé (Université de Niamey) pour leur collaboration multiforme et fructueuse

A Tous ceux que nous n'avons pas pu citer : Veillez bien nous en excuser

PLAN DU TRAVAIL

INTRODUCTION

A. GENERALITES

I. Définition

II. Historique

B. TRAVAIL PERSONNEL

I. Cadre du travail

II. Matériel et méthodes

III. Résultats

III.1.Epidémiologie

III.2.Lésions anatomiques

III.3.Etude clinique - Diagnostic

III.4.Traitement

III.5.Pronostic

IV. Discussion.

V. Conclusion..

VI. Bibliographie.

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

ATB = Antibiotique

BCF = Bruits du cœur foetal

BGR = Bassin généralement rétréci

BSS = Bosse séro-sanguine

CU = contractions utérines

DFP = Disproportion foeto-pelvienne

HRP = Hématome rétro placentaire

HU = Hauteur utérine

LL = Ligament large

MEG = Mauvais état général

PDE = Poche des eaux

RU = révision utérine

SI = Segment inférieur

TA = Tension artérielle

INTRODUCTION

La rupture de l'utérus gravide est devenue un accident rarissime dans les pays à haut niveau de vie. Ceci, grâce à la généralisation des mesures prophylactiques, rendues d'ailleurs obligatoires, pendant la grossesse et à la médicalisation très poussée de la surveillance du travail, notamment par le monitoring obstétrical.

Dans les pays en voie de développement, et plus particulièrement dans nos jeunes états sous-équipés, la situation est tout à fait différente. En effet, cet accident, hélas encore trop fréquent, y constitue un véritable fléau. Chaque année, des milliers de femmes en sont victimes ; avec pour conséquences, leur vie parfois menacée et souvent leur pronostic obstétrical définitivement compromis. Les fœtus impliqués payent également un lourd tribut.

Pour ces diverses raisons, il nous est apparu opportun de faire le point sur cette affection au Niger et plus particulièrement dans le Département de Niamey, pour en saisir l'importance et éventuellement relever les aspects particuliers. Nous allons également faire une revue de la littérature des 20 dernières années sur le sujet, dans le but de préciser certaines notions mais aussi de faire des comparaisons.

A. GENERALITES

I. DEFINITION

II. HISTORIQUE

I. DEFINITION

De nombreuses définitions sont données aux ruptures utérines dans la littérature. En fin de compte elles s'équivalent tous à peu de détails près.

Pour nous, la rupture utérine est une solution de continuité du myomètre pouvant siéger sur une partie variable de l'utérus au-dessus du dôme vaginal, et qui ne résulte ni des plaies pénétrantes de l'abdomen ni des perforations des avortements provoqués.

II. HISTORIQUE.

Les ruptures utérines seraient connues depuis l'Antiquité même si elles n'étaient pas rattachées à leurs véritables causes. Les premières descriptions remonteraient au V^{ème} siècle après J.C. avec BENIEVENUS à FLORENCE, Marcel DONATUS et Fabrice de HILDAN en France (61.

Il a fallu attendre le XVII^e. Pour voir les premiers travaux véritablement scientifiques consacrés à ce sujet. Ainsi, un élève d'Ambroise PARE, GUILLEMEAU montre en 1621 que la rupture de la matrice peut causer la mort de la parturiente.

Un siècle plus tard, cette hypothèse est confirmée par GRANTZ qui publie en 1759 le premier sérieux sur les ruptures utérines. Malgré la survenue fréquente de cet accident à cette époque, c'est WILLIAM SMELLIE qui décrit, le premier, une rupture utérine in vivo.

Quant à l'étiopathogénie des ruptures utérines, elle reste encore obscure. La plupart des auteurs croient que c'est le fœtus qui seul est responsable de la rupture. Un peu plus tard BEAUDELOCQUE combat cette conception en faisant remarquer l'action violente et parfois convulsivante de la matrice sur le corps de l'enfant avant la rupture.

En 1923 VAN SIEBOLD décrit la première rupture incomplète et OSIANDER (1825) fait la différenciation entre rupture spontanée et rupture provoquée. On est ainsi plus avancé dans l'étude de l'étiologie. Pour MICHEALIS (1851) les principales causes des ruptures sont :

- La disproportion foeto-pelvienne et
- La présentation transversale

Une nouvelle explication est apportée par BANDL (1875) qui fait remarquer l'importance clinique du segment inférieur et insiste sur le fait que la plupart des ruptures surviennent à ce niveau. Il résume l'étiologie de la rupture par la seule disproportion foeto-pelvienne qui ferait se distendre démesurément le segment inférieur. Il se refuse à reconnaître d'autres causes éventuelles, notamment, les altérations du myomètre qui le fragilisent. L'importance de celles-ci ne sera mise en évidence qu'à la fin du XIX^e s. et au début du XX^e avec les travaux d'ANTOINE, FREUND, ZWEIFEL et COUVELAIRE.

Le XX^e s. a vu également les interventions sur l'utérus se multiplier (césarienne, myomectomies, et toutes sortes de plasties. Les cicatrices ainsi créées tendent à devenir une des principales causes de la rupture. Et l'unanimité semble avoir été faite sur ce point.

Les problèmes pathogéniques sont désormais relégués au second plan pour s'effacer devant l'importance des problèmes thérapeutiques.

En 1881 AMES écrivait que cette urgence obstétricale grave et souvent tragique menaçait à mort la mère et le fœtus. En 1960 MEREDITH fera une constatation semblable. C'est dire le peu de progrès réalisé dans ce domaine en 80 ans. Par ailleurs l'attitude thérapeutique face aux ruptures utérines a beaucoup varié au cours de ce temps.

Les anciens auteurs comme MAURICEAU, de la MOTTE, se contentaient d'extraire le fœtus pour que de telles femmes meurent tranquilles. Les premières interventions chirurgicales semblent, cependant, avoir consisté en la suture de l'utérus. LEOPOLD (1896) fait état de plusieurs cas traités ainsi avec succès. Cette technique fut ensuite reprise par SCIPIADES, MERS, et KLEIN.

L'hystérectomie devait par la suite prendre le dessus. Ainsi jusqu'en 1945, l'amputation ovaro-utérine à la PORO pour les cas désespérés et l'hystérectomie constituaient le traitement de choix pour VARNIER, BAR, BRINDEAU, COUVELAIRE, et CATHALA. L'ablation de l'utérus étant considérée comme une intervention logique, prudente et facile, car supprimant en même temps les sources de l'hémorragie et de l'infection.

Après 1945, avec l'avènement des antibiotiques et surtout grâce aux progrès réalisés par les techniques de la réanimation, beaucoup d'auteurs s'accordent pour opter pour une attitude plus conservatrice ; en pratiquant de plus en plus la suture de l'utérus permettant à la femme de préserver ainsi, sinon sa fécondité du moins sa féminité.

B. TRAVAIL PERSONNEL

I. CADRE DU TRAVAIL

II. MATERIEL ET METHODES

III. RESULTATS

IV. COMMENTAIRES

V. CONCLUSION

VI. BIBLIOGRAPHIE_

I. CADRE DU TRAVAIL

Cette étude avait pour cadre la maternité centrale de NIAMEY. Depuis 1974, cet établissement public jouit d'une certaine autonomie vis à vis de l'Hôpital National où les urgences obstétricales étaient jadis traitées dans le service de chirurgie. En effet, la maternité fonctionne désormais, grâce à plusieurs médecins spécialistes (3 ou 4 selon les moments) et aux autres personnels paramédicaux (Anesthésistes, Sages-femmes, Infirmières. Une directrice en assume la responsabilité administrative tandis que les questions purement techniques sont confiées à un médecin-chef.

La maternité se compose de plusieurs bâtiments abritant les salles d'accouchement et d'hospitalisation ; le bloc opératoire ainsi que les bureaux des médecins et de l'administration.

Sa capacité d'accueil est de 63 lits d'hospitalisation, 8 lits de travail et 8 tables d'accouchements répartis en deux blocs. Cette capacité est relativement insuffisante pour les quelque 12 000 accouchements qui s'y effectuent annuellement. Le roulement des patients y est ainsi trop rapide. Les femmes en suite de couches ne sont gardées que 12 à 24 heures tandis que tout nouveau-né malade est immédiatement dirigé vers le service de pédiatrie à l'Hôpital National.

Jusqu'en 1979, la ville de Niamey ne disposait, que de cette seule maternité en dehors d'une clinique privée qui prend en charge les accouchements des femmes d'une certaine catégorie sociale et des expatriées. En fin 79 une maternité a été ouverte dans le quartier de la poudrière mais tous les accouchements dystociques sont évacués à la maternité centrale.

A noter aussi que tous les accouchements dystociques du département de Niamey et parfois de celui de Dosso y sont également évacués.

Tous ces facteurs réunis, en plus d'une insuffisance du personnel en nombre, font que le temps consacré à chaque parturiente, tant au cours du travail que dans les suites de couches

immédiates est nécessairement limité. La surveillance du travail en est, du même coup, moins rigoureuse ne permettant pas d'éviter certains accidents qui auraient pu l'être.

II. MATERIEL ET METHODES

D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 26 dossiers de ruptures utérines diagnostiquées et traitées dans le service du 1^{er} janvier 1994 au 31 décembre 1980.

Nous avons pour principal outil de travail, les registres des protocoles opératoires où sont, en principe, notées toutes les interventions gynécologiques et obstétricales effectuées dans le service. Nous avons aussi consulté tous les autres registres ou cahiers (protocoles d'accouchement, cahiers de soins) pouvant apporter des informations complémentaires.

Afin de pallier le manque d'une documentation complète et précise, d'une part, et pour avoir un échantillon représentatif d'autre part, nous avons choisi de faire porter notre étude sur une longue période (7 ans. En partant de l'année 1974 nous avons voulu pouvoir évaluer ce qui a été fait par la maternité, dans ce domaine, à partir de l'instant où toutes les urgences gynéco-obstétricales sont traitées par ce service.

Ceci dit, les 260 cas ne représentent certainement pas tous les cas effectivement reçus et traités au cours de cette période. Nous avons en effet revu des femmes qui affirment avoir été opérées dans le service pour rupture utérine (pendant la période de l'étude) et dont aucune trace n'a été retrouvée nulle part.

Les éléments suivants ont retenu notre attention : la parité des parturientes, l'âge, le lieu d'origine, l'état à l'admission, l'étiologie éventuelle, les lésions rencontrées, le traitement enfin les suites opératoires immédiates. Enfin nous avons fait une revue de la littérature des 20 dernières années dans le but de comparer nos résultats à ceux d'autres auteurs.

Il apparaît que cette littérature n'est pas particulièrement abondante surtout dans les pays développés (Europe, Amérique du nord), ce qui confirme ce que nous disions plus haut sur la fréquence de cet accident dans ces régions du monde

III RESULTATS.

III. 1. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES.

III.1.1 Fréquence.

En 7 ans, nous avons enregistré, 260 cas de ruptures utérines. Pendant la même période 68855 accouchements ont été effectués dans le service. Ceci nous donne une fréquence d'une rupture utérine pour 265 accouchements(1/265).

III.1.2 Origine géographique des patientes.

Toutes les patientes étaient des noires africaines, en majorité nigériennes, provenant des différents départements de Niamey et Dosso. Nous n'avions pu avoir une information précise sur le lieu d'origine que pour 187 patientes. Ces lieux de provenance étaient les suivant : Commune de NIAMEY, département de NIAMEY, département de Dosso. Le tableau I nous donne la répartition des patientes en fonction de leur lieu de provenance.

LIEU DE PROVENANCE	NOMBRE	POURCENTAGE
NIAMEY COMMUNE	78	30%
NIAMEY/ DEPARTEMENT	89	34.23%
DOSSO /DEPARTEMENT	20	7.70%
Non-PRECISE	73	28.07%
TOTAL	260	100%

Tableau I : Répartition des patientes selon le lieu de provenance

Pour les 73 patientes où le lieu de provenance n'est pas précisé, nous avons noté chez 55 d'entre elles, la mention « évacuée » sans le lieu de provenance. Tandis que chez 18 autres nous n'avons aucune information. Néanmoins nous pouvons les considérer comme des malades évacuées d'ailleurs, car de telles omissions ne peuvent se concevoir que dans un contexte d'extrême urgence.

Par ailleurs, il faut noter que 42 cas de ruptures soit 16,15% étaient survenus dans le service au décours du travail.

III.1.3 Age.

L'âge de la plupart de nos patientes n'était pas mentionné dans les documents consultés. Ceci serait dû au fait que la notion d'âge est très vague chez ces femmes qui sont majoritairement illettrées et d'origine rurale. En réalité il est toujours possible de connaître l'âge, à un ou deux ans près, mais celles ou ceux qui recevaient les patientes ne faisaient pas l'effort de rechercher ses renseignements pour les noter dans les documents.

III .1.4 Parité.

Nous avons retrouvé dans les dossiers la parité de 202 patientes. La distribution des ruptures par rapport à la parité s'établissait comme suit (Tableau II.

Parité	1	2	3	4	5	6	7	8	9	>=10
Nombre de ruptures	1	33	34	18	28	37	18	10	16	7
Pourcentage	0.5	16,4	16,8	8,9	13,8	18,4	8,9	4,9	7,9	3,5

Tableau II: Distribution des cas en fonction de la parité (n= 202)

III. 1.5. Facteurs étiologiques.

La cause de la rupture était difficile à déterminer dans nos conditions d'étude. Néanmoins nous avons pu identifier une cause probable ou possible de la rupture chez 142 de nos patientes. Ces causes étaient les suivantes par ordre de fréquence décroissant.

a) Les présentations dystociques. (PD) avec 48 cas venaient en tête et se répartissaient de la manière suivante.

- Les présentations transversales; surtout la présentation de l'épaule négligée (36 cas.
- La présentation du front (7cas)
- La présentation de la face (4 cas dont 2 postérieures enclavées.
- La présentation du bregma (1 cas.

b) Les utérus cicatriciels (UC) 45 cas.

Ils étaient quasi exclusivement représentés par les cicatrices de césarienne (44 cas. Nous n'avions enregistré qu'un seul cas de rupture sur cicatrice de rupture utérine antérieure.

Le rapport césarienne segmentaire sur césarienne corporéale n'a pas pu être établi; ces antécédents étaient souvent signalés par l'opérateur sans précision sur le type de la césarienne antérieure.

c) La disproportion foeto-pelvienne (DFP) 41 cas. Les raisons suivantes étaient avancées: excès du volume fœtal (gros fœtus, hydrocéphalie), bassin anormal (bassin généralement rétréci, bassin asymétrique), dystocie de dégagement (rétention tête dernière.

d) Obstacle praevia (OP) 5 cas

On a noté 4 fois un placenta praevia recouvrant et une fois un obstacle inhabituel constitué par une grosse lithiase vésicale qui s'opposait à la progression du mobile fœtal.

e) Les ocytociques (OC) 3 cas.

Il s'agissait de cas survenus dans le service avec l'administration d'un ocytocique (deux épreuves du travail et une induction du travail sur rétention d'œuf mort.

Facteurs étiologiques	PD	UC	DF	OP	OC	Total
Nombre de ruptures	48	45	41	5	3	142
Pourcentage	33,8%	31,7%	28,9%	3,5%	2,1%	100%

Tableau II: Distribution des cas de ruptures selon l'étiologie (n=142)

III. 2. ASPECTS PATHOGENIQUES.

Sur le plan pathogénique, on distingue classiquement deux grands groupes de ruptures utérines:

- Les ruptures spontanées
- Les ruptures provoquées.

II. 2.1. Les ruptures spontanées

Dans la grande majorité des cas, il s'agissait de ruptures spontanées sur utérus sains ou supposés comme tels (248 cas soit 95,3%. Elles comprenaient surtout des cas survenus en dehors du service et un petit nombre qui s'était produit dans le service. Par ailleurs les désunions d'anciennes cicatrices utérines s'étaient presque toujours produites spontanément à l'exception d'un cas où on avait fait usage d'ocytocique.

III. 2.2 Les ruptures provoquées

Nous avons recensé douze cas de ruptures (soit 4,6% de l'ensemble des ruptures) survenues à la suite de manœuvres obstétricales ou d'utilisation d'ocytociques. Ces cas se répartissaient comme suit:

- Versions par manœuvres internes (7 cas)
- Manœuvre de Braxton - Hichs (1 cas)
- Embryotomie (1 cas)
- Perfusion d'ocytocique (3 cas.

III.3 ASPECTS ANATOMIQUES.

Les lésions anatomiques rencontrées, au cours de l'intervention chirurgicale étaient décrites avec plus ou moins de précision par les différents opérateurs. Ceci nous a obligés à laisser de côté 5 cas où aucune description des lésions n'avait été faite.

Nous avons caractérisé ces lésions selon leur siège (corps, segment inférieur) et selon leur profondeur (complète ou incomplète.)

III. 3.1 Lésions selon le siège-

Cent trente-cinq ruptures soit 52.9% des cas étaient localisées sur le segment inférieur sans aucune propagation. Sur ces 135 ruptures du segment inférieur, 70 intéressaient le bord gauche, 47 le bord droit et 18 étaient transversales.

Trente neuf lésions intéressaient le corps utérin soit 15,30%.

Les localisations mixtes (corps + segment inférieur, segment inférieur + col utérin) étaient retrouvées 54 fois soit 21,2%

Les lésions complexes intéressant aussi bien l'utérus que certains organes voisins en particulier la vessie étaient retrouvées chez 27 patientes soit 10,5%.

III. 3.2 Lésions selon la profondeur

La rupture complète qui intéresse toutes les tuniques de l'utérus était la plus fréquemment rencontrée, 189 cas sur 255 soit 74,4%.

La rupture incomplète ou sous péritonéale, épargnant la séreuse étaient retrouvée chez 66 patientes soit 23, 6%. Elle était plus fréquente sur utérus sains.

III. 3.3 Lésions associées.

Les lésions associées se répartissaient comme suit:

- Déchirure de la face postérieure de la vessie (22 cas)
- Infarcissement des annexes (2 cas)
- Lésions diverses du ligament large (3 cas)

A noter également les épanchements sanguins d'abondance variable et les péritonites associées dans beaucoup de ruptures anciennes. Par ailleurs, malgré la complexité de certaines lésions échappant à toute description, nous n'avons noté aucune lésion du rectum.

RUPTURES	TYPE		SIEGE				
	COMPLETE	INCOMPLT	CORPS	SI	C+SI	SI+COL	CPLX
NOMBRE	189	66	39	106	31	23	35
POUCENTAGE	74,4%	25,6%	16,7%	45,05%	13,3%	9,8%	15,03%

Tableau III: Répartition des lésions anatomiques selon le type et le siège.

III .4. ASPECTS CLINIQUES.

Nous avons distingué les ruptures précoces pendant la grossesse et les ruptures survenues à l'occasion de l'accouchement ;

III. 4.1 Ruptures utérines précoces de la grossesse.

Nous en avons enregistré sept cas qui se répartissaient comme suit :

- Six ruptures spontanées.
- Une rupture provoquée par déclenchement du travail pour rétention d'œuf mort.

Deux types de manifestations cliniques avaient été notés.

a) Les manifestations bruyantes (4cas).

Dans ces cas, la patiente était souvent amenée, en urgence pour un syndrome aigu d'inondation péritonéal, alors que la grossesse, s'était déroulée jusque là sans histoire. La patiente présentait un abdomen douloureux et un état d'anémie aiguë (pâleur des muqueuses, angoisse, pouls petit et rapide, tension artérielle basse) avec ou sans hémorragie génitale visible.

Dans ce contexte le diagnostic reposait sur les signes cliniques et parfois un antécédent d'avortement provoqué, d'accouchement laborieux ou d'utérus cicatriciel (myomectomie, césarienne. Dans 2 cas aucun antécédent de lésion utérine n'avait été retrouvé.

b). Les ruptures silencieuses.(3 cas).

Dans ces cas, le tableau était atypique et trompeur, à cause de l'absence ou de la pauvreté des signes fonctionnels. Parfois, seul l'arrêt définitif de la grossesse avec disparition des bruits du cœur fœtal et la superficialité du fœtus faisaient penser à la rupture utérine. Mais cette superficialité du fœtus pouvait être trompeuse chez les grandes multipares à paroi peu musclée et un segment inférieur très distendu. Pour lever le doute on avait souvent recours à l'épreuve de REEB, dont le principe repose

globe vésical. A l'auscultation bruits du cœur fœtal modifié (plus souvent accélérés que ralentis. Mais le diagnostic n'était souvent pas fait à ce moment. Il s'agissait souvent d'une découverte chirurgicale, devant ces signes d'alarme qui imposaient la césarienne.

- Le fœtus était mort.

Il s'agissait de femmes présentant un syndrome de pré- rupture ou un tableau de rupture confirmée. Le fœtus était alors extrait par les voies naturelles (forceps, embryotomie...) et c'est la révision utérine manuelle, minutieuse qui faisait le diagnostic.

- Fœtus hors des voies génitales.

Les patientes étaient envoyées à la maternité pour des motifs divers : Rétention placentaire, hémorragie de la délivrance, infection puerpérale etc. Le diagnostic était encore plus difficile dès lors que le fœtus était hors des voies génitales. Nous avons noté plusieurs situations:

- Formes hémorragiques.

Ces formes posaient le problème de diagnostic étiologique des hémorragies de la délivrance et du post partum immédiat.

C'est l'examen gynécologique sous valves qui objectivait l'origine du saignement et imposait la révision utérine. Elle reconnaissait facilement les grosses ruptures pouvant

laisser échapper certaines petites déchirures. Plusieurs révisions minutieuses et longues avec des techniques particulières (manœuvre de LAFFONT) pouvaient être nécessaires pour faire le diagnostic des lésions limitées.

- Formes pseudo - tumorales.

Dans ces formes l'utérus n'occupait plus sa position normale, médiane, sous ombilicale, même après sondage vésical. L'utérus se trouvait refoulé par une masse molle, sensible dans le pelvis. c'est l'hématome du ligament large qui signe de façon formelle la rupture utérine.

- Formes péritonéales.

Elles présentaient sous la forme de gros ventre du post- partum avec ou sans défense pouvant faire évoquer tous les syndromes abdominaux aigus (occlusion intestinale aiguë, péritonite, appendicite etc..). Ce type de tableau en post opératoire imposait chez nous une révision utérine. Ce n'est que lorsque l'intégrité de l'utérus était affirmée que l'on discutait les autres diagnostics.

- Formes médico -légales.

Il s'agissait de cas où la femme était amenée à la maternité déjà morte ou de décès maternel inexplicable dans les suites de couches immédiates. Bien sûr aucun signe ne permettait de poser un diagnostic post- mortem. L'autopsie n'étant pas pratiquée au Niger, seule la révision utérine permettait de faire un tel diagnostic

III. 5. ASPECTS TEHRAPEUTIQUES ET PRONOSCTIC.

Le traitement des ruptures utérines a été double : médical et chirurgical.

III. 5.1 Traitement médical.

Le succès du traitement chirurgical étaient subordonné à une réanimation correcte et massive, avant, pendant et après l'acte opératoire. Cette réanimation était faite surtout de transfusion de sang frais qui ne peut être remplacé par les solutés macromoléculaires. Ceux-ci étaient surtout utilisés au début ; en attendant le résultat du groupe sanguin. On veillait aussi à maintenir l'équilibre électrolytique par perfusion de sérum (salé, glucosé) auxquels on adjoignait des électrolytes (K+, Ca ++. Les états de chocs sévères étaient combattus par l'administration d'hémisuccinate d'hydrocortisone, parfois de sympathomimétiques (Adrénaline et dérivés. Les utérotoniques(Méthergin*, Syntocinon*) étaient prescrits pour lutter contre l'hémorragie. Enfin les antibiotiques à larges spectres étaient largement utilisés pour lutter contre l'infection qui est constante.

III.5.2. Traitement chirurgical.

Le traitement chirurgical des ruptures utérines consistait soit à suturer la brèche utérine avec ou sans ligature des trompes soit à pratiquer une hystérectomie. Les types d'interventions pratiquées dans les ruptures utérines pendant la période de l'étude étaient les suivants : (Tableau IV)

Années	Nbre de ruptures	Type de chirurgie			
		Hystérectomie		Sutures	
1974	26	4	15,3%	22	84,7%
1975	38	9	23,7%	29	79,3%
1976	40	4	10%	36	90%
1977	38	6	15,7%	32	84,3%
1978	39	7	18%	32	82%
1979	34	1	2,9%	33	97,1%
1980	45	5	11,1%	40	88,9%
TOTAL	260	36	13,8%	224	86,2%

Tableau IV : Récapitulatif des types d'interventions pratiquées.

III. 5.3. Pronostic.

Nous avons considéré les pronostics maternels et fœtaux (Tableau V).

Années	Nbre Ruptures	Décès maternels		Décès fœtaux	
		Nbre	%	Nbre	%
1974	26	4	15,3%	22	84,6%
1975	36	6	15,7%	34	89,5%
1976	40	3	7,5%	36	90%
1977	38	1	2,6%	35	92,1%
1978	39	3	7,6%	31	79,1%
1979	34	2	5,8%	31	91,1%
1980	45	3	6,6%	31	86,6%
TOTAL	260	22	8,3%	229	88%

Tableau V : Décès maternels et fœtaux

a) Le pronostic maternel.

Concernant le pronostic maternel nous avons apprécié surtout le pronostic vital ; car nous ne disposions d'aucune information sur les suites lointaines. Ainsi nous avons recensé 22 décès soit 8,3% contre 238 cas de suites favorables. La durée moyenne d'hospitalisation étaient de 7 jours (6 à 35 jours. Les séquelles physiques étaient surtout représentées par les hystérectomies (36 cas soit 13,8%) et la stérilisation tubaire chez 152 patientes sur les 224 qui avaient bénéficié d'une suture soit 67,8%. Ce qui veut dire que plus de 80% des femmes victimes de rupture utérines avaient perdu leur fécondité.

b) Le pronostic fœtal.

Trente et un bébés seulement avaient survécu au drame de la rupture utérine dans notre étude ; ce qui nous donne 88% de décès fœtaux (229 cas.

La grande majorité des bébés en vie la devaient à une intervention chirurgicale faite dans les minutes suivant l'accident comme en témoigne la répartition du nombre de ces enfants nés vivants:

- Treize enfants étaient issus de femmes opérées en urgence pour syndrome de pré-rupture. A l'ouverture une rupture sous péritonéale avait été notée.
- Dix avaient été extraits d'extrême urgence par césarienne après une rupture utérine confirmée avec Bdc positifs..
- Huit enfants étaient nés vivants, par voie basse, dans des conditions apparemment normales ; la rupture ne s'était alors révélée que lors de la révision utérine.

IV. DISCUSSIONS.

IV.1. DES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES.

IV .1.2. Fréquence.

Deux cent soixante ruptures en 7 ans sur un total de 68859 accouchements. Cela nous a donné une fréquence d'une rupture utérine pour 265 accouchements (1/265). Dans une étude antérieure portant sur les activités obstétricales du service de chirurgie de l'hôpital national de NIAMEY, J. DOCQUIER (22) avait également noté 48 ruptures sur un total de 9727 accouchements soit 1 rupture sur 200 accouchements (1/200). Nos chiffres sont dans la fourchette de ceux enregistrés dans bons nombres de pays en développements (9, 13, 42, 53, 56, 60), alors qu'ils sont nettement supérieurs à ceux des pays développés (5, 8, 51).

Auteurs	Lieu	Accouchement	Ruptures	Fréquence
BOHOUSSOU et coll. (74-76)	Abidjan	6662	128	1/52
M.VOVOR et coll.(58-61)	Lomé	7825	60	1/130
R.R. TRIVEDI et coll.51-65)	Inde	29990	181	1/157
H .TALEBZADETH ; (73-77)	Iran	17000	67	1/254
Notre travail (74-80)	Niamey	68855	260	1/265
NASAH. et coll.(73-76)	Yaoundé	36977	70	1/528
G. BRUN (59-68)	Maroc	65465	165	1/834
M. BLUM et coll. (17 ans)	Israël	32684	30	1/1756
SHIRINSKY et coll. (50-75)	USA	126770	47	1/2695
B. ASTED (56-75)	Suède	407340	83	1/4908

Tableau VI. : Fréquence des ruptures utérines en différentes régions du monde.

IV1.3. Age.

L'âge des patientes n'était pas mentionné dans la plupart des dossiers que nous avons consultés. Il ne nous était donc pas possible de calculer l'âge moyen de ces femmes. Certains auteurs comme STEPHEN et BROWN, WEIGOLD et SALL cités par BOHOUSSOU (9) attribuent un rôle important à l'âge. D'autres par contre K MENON (38) KIFER (28) considèrent l'âge comme ayant peu d'incidence sur la fréquence des ruptures. Nous pensons avec ces derniers que c'est plutôt la parité qui est le facteur le plus important.

IV. 1.4. Parité.

Sur les 202 femmes chez qui la parité était mentionnée nous n'avons noté qu'une seule rupture au premier accouchement. Nous pouvons conclure que la rupture est très rare chez les primipares. Ce constat concorde avec celui de nombreux auteurs ASTED (5), BEACHAM (6), SHIRINSKI (51), TRIVEDI (56. Seuls quelques-uns ont fait un constat contraire comme CHAMPAULT(16) et M. TOURE (52.

La grande multiparité a été évoquée comme un facteur de risque depuis 1896 par DUPOUY dans sa thèse ; et ceci a été confirmé par plusieurs auteurs comme FREUND, LOBSTEIN, MERS, TOURNIER-LASSERVE (31. Cela est vérifié aussi dans notre étude puisque 192 cas soit 66% des ruptures concernaient les femmes accouchant au moins pour la quatrième fois.

IV. 1.5. Niveau socio - économique.

La majorité de nos patientes (70%) provenaient des zones rurales ou semi - urbaines. C'était donc des femmes de conditions socio-économiques modestes. A ABIDJAN BOHOUSSOU et col. ont noté que 95,3% des ruptures traitées au CHU de COCODY provenaient des zones rurales et suburbaines. Ce fait tiendrait de l'insuffisance

d'infrastructures sanitaires dans ces zones mais aussi et surtout de l'ignorance et de la précarité des moyens d'existence de ces femmes. Par ailleurs, la malnutrition, les maladies parasitaires et infectieuses répétées pendant l'enfance ayant pour conséquence un développement insuffisant du bassin, sont des facteurs prédisposant aux dystocies osseuses qui, comme on le sait sont de grandes pourvoyeuses de ruptures utérines.

En plus des problèmes économiques, nous pensons que certaines habitudes (mariages précoces) certains tabous ou croyances populaires peuvent également jouer un rôle non négligeable. Par exemple au NIGER, la tradition veut que le premier accouchement se fasse nécessairement au domicile des parents de la femme ; même si ceux-ci habitent le village le plus reculé ne disposant d'aucune structure sanitaire. Conséquence, bon nombre de ces accouchements se terminent à la maternité centrale de Niamey, après plusieurs jours de travail, soit par une rupture utérine, soit par césarienne augmentant ainsi le nombre d'utérus fragilisés.

Dans la plupart des villages africains on a l'habitude de rattacher les difficultés de l'accouchement à une infidélité de la parturiente vis à vis de son époux et on se refuse à reconnaître une cause physique à la dystocie. Ainsi on attend tranquillement que la confession vienne hâter le déroulement d'un travail lent ou une expulsion laborieuse commencée depuis déjà quelques heures voire des jours. M. TOURE (52) dépeint bien la situation en écrivant qu' « au-delà des bévues obstétricales apparaissent des conflits sociaux pouvant se terminer souvent de façon tragique.

Nous avons également noté un fait qui semble particulier aux femmes sahéniennes voire nigériennes exclusivement. C'est cette autre tradition qui veut que la parturiente ne doive pas manifester sa souffrance lors d'un accouchement en poussant des cris. Quelle que soit

l'intensité de la douleur ressentie, elles supportent et ainsi aucune alarme ne sera donnée quel que soit le drame qui se prépare.

IV. 2. DE LA PATHOGENIE

Dans la majorité des cas les ruptures surviennent sur utérus sains ou supposés comme tels, soit de façon spontanée sans intervention de l'accoucheur, soit à la suite d'une intervention inappropriée. S'agissant de ces interventions nous insistons sur les expressions sur le fond utérin (Manœuvre de CRYSTELLER) qui sont largement utilisés dans le service et surtout dans les maternités rurales par toutes sortes de personnels. Certains auteurs comme CLAIRBORN(18), TALEBZADETH (53), TRIVEDI (53) ont clairement incriminé cette manœuvre. Bien que n'ayant pas une observation où cette manœuvre puisse être formellement mise en cause, nous pensons avec ces auteurs que bien de ruptures survenues dans les formations sanitaires sont dues à cette manœuvre, notamment chez les grandes multipares et les femmes porteuses d'utérus cicatriciels.

IV.3. DES ASPECTS ANATOMIQUES

Dans notre série la rupture complète, intéressant toutes les tuniques de l'utérus, a été la plus fréquemment rencontrée (74,5%. Ce type de lésion est prédominant dans la plupart des études en dehors de celle de KEIFER (28) qui a noté 27 ruptures complètes pour 38 incomplètes.

La localisation élective des ruptures utérines sur le segment inférieur a été notée chez nous (80%) comme l'avait remarqué BANDL en 1875 et confirmé à plusieurs reprises par beaucoup d'autres auteurs. Nous avons également noté une prédominance des lésions sur le bord gauche du segment inférieur. Cette localisation gauche prédominante trouverait son explication dans la congestion passive qui se produit dans le ligament large gauche du fait de

la pénétration à angle droit de la veine ovarienne gauche dans la veine rénale homolatérale, ainsi que dans la dextro-rotation de l'utérus.

A côté de ces lésions classiques, il existe quelques formes anatomiques qui tout en étant rares ne sont pas exceptionnelles pour autant. Ce sont entre autre :

- Les ruptures médianes du canal segmento - cervico - vaginal.
- Les ruptures limitées du segment inférieur.
- Les ruptures limitées du corps utérin.

IV. 2.1. Les ruptures médianes du canal segmento - cervico - vaginal.

Elles peuvent être soit antérieures, soit postérieures siégeant en particulier, sur les points faibles de ce canal qui sont :

- En avant : la jonction segmento - corporel en haut, et la limite entre le col et le vagin, en bas.
- En arrière : la face postérieure du segment inférieur, en face du promontoire.

Elles y réalisent respectivement :

- Des lésions antérieures hautes. Ce type de lésion est souvent comparable à celui de la césarienne segmentaire transversale et épargne en principe la vessie.
- Des lésions antérieures basses réalisant des ruptures souvent étendues qui peuvent se propager à la face postérieure de la vessie.
- Les ruptures postérieures qui peuvent être soit isolées, soit associées à la lésion d'une autre partie de l'utérus. Ceci impose la vérification systématique de la face postérieure du segment inférieur au cours des révisions utérines si on ne veut pas méconnaître de telles lésions. Ces

lésions postérieures résulteraient de la compression ischémique de cette partie de l'utérus entre la présentation et le promontoire. Il n'y a par contre jamais de lésion du rectum.

IV.2.2. Les ruptures limitées du segment inférieur.

Au niveau du segment inférieur ce sont des ruptures sous péritonéales très limitées dont les dimensions n'excèdent pas 2 à 3 cm et qui apparaissent à la laparotomie sous forme d'un petit hématome soulevant le feuillet antérieur du ligament large ou le péritoine vésico - utérin.

IV.2.3. Les ruptures limitées au corps utérin.

Les lésions limitées du corps utérin siègent au niveau du fond et sont en principe complètes, souvent conséquence d'une érosion placentaire, telle que la réalise le placenta percreta.

La lésion associée la plus fréquemment rencontrée est l'atteinte vésicale comme l'ont relevé la plupart des auteurs (9, 30,48).

IV. 3. DES ASPECTS CLINIQUES ET DU DIAGNOSTIC.

Dans la majorité des cas, les signes cliniques sont évocateurs et le diagnostic s'impose ; mais dans certaines circonstances non exceptionnelles, il en va tout autrement.

Tout d'abord, parce que le grand drame classique de la rupture utérine est loin d'être la règle ; bien souvent les ruptures peuvent être absolument silencieuses, compatibles avec un accouchement en apparence normal de bout en bout. Parfois même, la patiente est amenée pour une raison n'évoquant pas du tout une rupture utérine.

Ensuite, parce que même suspectées et recherchées de principe, certaines ruptures peuvent échapper aux investigations habituelles ; fussent - elles effectuées par un spécialiste même familiarisé avec cette pathologie. Nous voyons à cela deux raisons :

Premièrement, la manœuvre de la révision utérine n'est pas aussi simple à conduire qu'elle n'y paraît. Elle est tout aussi difficile à enseigner puisqu'il s'agit de sensations purement tactiles que seule l'expérience permet de maîtriser.

Deuxièmement, certaines lésions par leurs dimensions réduites et leur siège parfois atypique, peuvent rester méconnues même d'un praticien chevronné. C'est le cas notamment de l'effraction du myomètre dont les dimensions n'excèdent pas quelques centimètres et situant volontiers, soit au niveau de la jonction segment inférieur - corps utérin, soit en arrière sur la face postérieure du segment inférieur en regard du promontoire.

Or ces lésions aussi limitées soient - elles peuvent avoir des conséquences parfois immédiates et certainement lointaines aussi graves que la rupture classique. Pour illustrer ce propos nous rapportons ces 2 observations qui nous semblent tout à fait démonstratives.

Observation n°1.

Mme S.A. 8^e geste, 8^e pare dont 7 enfants vivants, sans antécédents gynéco - obstétrical particulier, en dehors d'un saignement modéré et passager qui aurait cédé rapidement à une injection d'utérotonique (Méthergin) lors du dernier accouchement.

Cette dame s'est présentée à la maternité parce qu'elle aurait dépassé le terme présumé de sa grossesse et ne sentait plus bouger l'enfant depuis 24 heures.

Elle était en parfait état général et venait d'ailleurs d'effectuer quelques achats au marché.

Le premier diagnostic évoqué est celui de grossesse prolongée avec fœtus mort in utero. Il n'existait effectivement aucun signe de vitalité du fœtus. Par contre on est frappé par la

facilité avec laquelle on palpe le fœtus à travers la paroi abdominale pourtant bien épaisse. Ceci fait évoquer un second diagnostic : une grossesse abdominale à terme dépassé avec fœtus mort. C'est ce diagnostic qui est retenu et qui conduit à une laparotomie décidée d'urgence.

La laparotomie confirme la position du fœtus et du placenta qui sont intra - abdominaux, mais il existait un hémopéritoine modéré et une énorme brèche utérine manifestement ancienne, à bords contus, intéressant le bord gauche de l'utérus.

L'histoire de cette femme à été facile à reconstituer car il n'existait aucune notion de traumatisme abdominal même minime en fin de grossesse.

Cette femme a du rompre une première fois, silencieusement, son utérus lors du dernier accouchement. Rupture probablement limitée et située en zone peu vascularisée puisqu'elle n'avait donné lieu à aucune manifestation bruyante.

Elle a du rompre cette fois, son utérus en fin de grossesse, en dehors de tout travail ; ce qui laisse supposer un utérus hyper fragile dont personne ne soupçonnait l'existence.

L'existence de cette nouvelle classe d'utérus cicatriciels méconnus vient éclairer d'un jour nouveau les cas de ruptures spontanées (nous dirons désormais apparemment spontanées) au cours de la grossesse que nous venons de décrire et qui ont également été signalées par d'autres auteurs (10,19,28,32,43,54. On voit mal comment on pourrait prévenir de telles ruptures puisse qu'il est hors de question d'effectuer une révision utérine à toutes les femmes qui accouchent ; encore que cette manœuvre ne permet pas toujours de découvrir toutes les ruptures limitées. Néanmoins au moindre doute le recours à une révision utérine minutieuse doit être la règle.

Observation n°2.

Mme F., infirmière accouchait pour la sixième fois à la maternité centrale de Niamey. L'accouchement s'est déroulé sans problème ainsi que la délivrance. Deux heures plus tard, une hémorragie génitale profuse a imposé une révision utérine effectuée par la sage-femme de service. Celle-ci se serait révélée négative, mais le saignement persistait malgré un bon globe de sécurité. On fait alors appel au médecin de garde qui à son tour fait une deuxième révision utérine et ne trouvant rien d'anormal, décide un examen sous valves du col et du vagin ; l'hémorragie est alors attribuée à une petite déchirure de la commissure latérale gauche du col. Une suture hémostatique de la déchirure et un tamponnement vaginal concluent cet acte.

Quelques heures plus tard, l'état de la patiente dévient alarmant : Etat de choc avec collapsus cardio-vasculaire malgré les transfusions massives qui avaient suivi la suture de la déchirure du col.

Un troisième examen sous anesthésie générale est décidé. Le sang qui s'écoule après ablation du tamponnement vaginal, frappe par son caractère rutilant et saccadé ne pouvant être que d'origine artérielle. L'exploration méthodique et minutieuse des points faibles du segment inférieur permet de découvrir, à droite une effraction du myomètre de moins de 2 cm de long.

La laparotomie réalisée montre un hématome limité du ligament large en rapport avec la lésion minime du myomètre, mais ayant intéressé une branche de l'artère utérine. Une suture par un seul point en X mit fin au drame et une semaine plus tard la malade sort guérie.

Cette deuxième observation appelle plusieurs commentaires. Tout d'abord, il est clair que s'il n'y avait pas cette complication hémorragique, la rupture aurait pu passer inaperçue et la patiente serait sortie avec une cicatrice utérine méconnue mais hautement dangereuse pour

son avenir obstétrical. En suite, elle confirme la difficulté de diagnostic de certaines formes anatomiques des ruptures utérines.

L'enseignement que nous en tirons est le suivant :

Premièrement, devant toute anomalie du travail et de l'accouchement, à fortiori devant une hémorragie ou un état de choc inexpliqué, la rupture utérine doit constituer une obsession pour l'accoucheur surtout si celui-ci exerce son activité dans nos régions sous médicalisées. Car nous sommes convaincus que ce que l'on a décrit sous le nom de « choc obstétrical essentiel » peut, dans bien des cas, cacher une rupture utérine méconnue.

Deuxièmement, chaque fois qu'il existe un doute sur l'intégrité du myomètre, en particulier au niveau de ses points faibles, il ne faut pas hésiter à recourir à la laparotomie exploratrice à la recherche d'un petit hématome sous péritonéal, seule traduction visible d'une effraction du myomètre limitée certes, mais pouvant avoir des conséquences immédiates et surtout lointaines d'autant plus graves parce qu'imprévisibles.

IV. 4. DES ASPECTS THERAPEUTIQUES ET DU PRONOSTIC

IV.4. 1. Traitement.

Sans prétendre innover en la matière, l'expérience à la maternité centrale de Niamey nous permet de faire quelques remarques.

Un point au moins fait l'unanimité : toute rupture utérine diagnostiquée doit être opérée et cela quel que soit le siège et l'étendue de la lésion. Nous venons de voir en effet les risques graves immédiates et lointains qui peuvent résulter de la méconnaissance et de l'absence du traitement des ruptures utérines même très limitées.

Les opinions divergent lorsqu'il s'agit de répondre aux questions suivantes : Quand et comment opérer ?

- Quand opérer ?

Le traitement chirurgical des ruptures utérines relève en principe de l'extrême urgence, en particulier lorsque la rupture est de constitution récente et à fortiori si elle se produit dans la maternité même ; car cela permettrait de sauver la mère et éventuellement le bébé.

Cette attitude doit être nuancée dès lors qu'il s'agit d'un accouchement évoluant depuis un certain temps, parfois depuis plusieurs jours. Ce qui est presque toujours le cas de nos parturientes évacuées de « brousse » et qui représente la très grande majorité des patientes victimes de rupture utérine. Dans ces conditions, la plus grande prudence s'impose. Le problème de l'hémorragie est en général déjà réglé, même si c'est de façon provisoire et précaire, par rétraction utérine et hémostase spontanée des vaisseaux utérins intéressés. Il ne faut pas perdre, en effet que seules parviennent encore vivantes à la maternité, les femmes qui ont survécu à l'état de choc initial et chez lesquelles une hémostase spontanée, même imparfaite et provisoire a quand même pu se faire. Chez ces femmes, deux préoccupations relèguent désormais l'acte chirurgical au second plan. C'est tout d'abord le choc chronique et l'infection, notamment péritonéale, qui dominent la scène. C'est de la maîtrise de ces 2 complications que va dépendre le pronostic vital de la mère ; le sort du fœtus étant déjà réglé depuis longtemps. C'est dire la place prépondérante de la réanimation pré - opératoire et le caractère extrêmement nocif de toute précipitation dans la mise en œuvre de l'acte chirurgical.

- Comment opérer ?

Il ne s'agit pas tant de technique opératoire, mais de la tactique à adopter pour la conduite de l'acte opératoire. Et notamment du choix du type d'intervention à faire. Ce traitement chirurgical vise un triple objectif :

- L'hémostase définitive par suture utérine ou hystérectomie.
- La réparation des lésions associées, notamment vésicales.
- La toilette péritonéale et un large drainage.

L'intervention doit être menée avec un triple souci :

- Ne pas aggraver le choc initial.
- L'exécuter le plus rapidement possible.
- Préserver la féminité (en conservant l'utérus) et parfois la fécondité (en ne ligaturant pas les trompes.

Pour ces raisons parfois contradictoires, l'attitude adoptée chez nous de façon quasi - systématique, a été la suture simple de l'utérus rompu. Les quelques hystérectomies réalisées l'ont été pour des cas où précisément cette intervention s'avérait de réalisation plus simple et plus rapide. Nous sommes loin de ce que disait VARNIER au début de ce siècle/ « Lorsqu'une femme en essayant de reproduire l'espèce, a rompu son utérus, elle est bonne à être reformée pour blessure grave contractée dans le service ; ce n'est pas avec des invalides qu'on fait campagne.

A l'ère des antibiotiques EZES dira : « Pourquoi ferait-on l'ablation de l'utérus rompu alors qu'on n'opère pas un ulcère perforé? . C'est dire que les progrès techniques en matières de

réanimation médicale et la puissance actuelle de l'arsenal thérapeutique anti - microbien doivent permettre, dans certains cas assez nombreux, de conserver l'utérus rompu.

Si la suture a paru assez souvent possible avec l'expérience des opérateurs, cela ne signifie pas qu'elle soit toujours de réalisation simple et dénuée de tout danger, en particulier pour les uretères. Lorsque la déchirure s'étend très bas vers le dôme vaginal, les hématomes ou les oedèmes qui infiltrent le paramètre, rendent tout à fait aléatoire le repérage de l'uretère intra ligamentaire. Dans ces conditions, si l'hémostase ne s'impose pas, il vaut mieux renoncer délibérément à la suture des derniers cm de la brèche utérine. Ce hiatus sera d'ailleurs mis à profit pour effectuer un drainage trans-vaginal du paramètre. Les risques imprévisibles et inévitables que ferait courir à la femme toute nouvelle grossesse dans un utérus suturé, conduisent souvent à procéder à une stérilisation tubaire qui paraît ainsi comme un complément indispensable dans beaucoup de cas. Mais la conservation de la fécondité reste possible et réservée aux seuls cas où il n'existe aucun enfant vivant ou lorsque la valeur obstétricale ne semble pas trop comprise. Bien entendu la ou les grossesses ultérieures devront être considérées comme à très grand risque et surveillées comme telles.

Pour O. AGUERO et S. KIZER, il faut considérer chaque cas séparément et prendre en considération outre, les caractères des lésions, des facteurs comme la parité, l'âge, le nombre d'enfants en vie de la parturiente et aussi, bien sûr, son désir de maternité ultérieure. Selon RIEZ et MIDDLETON (44) la ligature des trompes doit être toujours associée à la réparation de l'utérus. Nous ne partageons pas cette conception car le désir de maternité chez la femme africaine doit toujours pris en considération. Ce n'est qu'en cas de danger réel pour une grossesse ultérieure que nous essayons de convaincre la femme à accepter une stérilisation tubaire. Si non nous nous prenons assez de risque pour autoriser une autre grossesse mais qui

devra être rigoureusement surveillée. Dans la plupart des études africaines la fécondité a été préservée souvent :

- BOHOUSSOU et Coll. : 21 ligatures sur 47 sutures utérines.

- NASHA et DROUIN : 41 ligatures sur 63 sutures.

- M ; VOVOR et Coll. n'ont pratiqué aucune ligature dans tous les cas où il a été possible de conserver l'utérus (51 cas sur 60.

Nous avons également été assez conservateurs. Mais nous avons toujours pris en considération l'état de l'utérus et surtout la parité et le nombre d'enfants en vie. Ce qui nous a conduit à pratiquer 151 fois la ligature des trompes sur les 223 sutures réalisées. Pour les femmes chez qui nous ne procédons pas à la stérilisation tubaire, nous préconisons toujours une césarienne prophylactique en fin de grossesse en dehors de tout début de travail.

IV. 4. 2. Pronostic.

a) pronostic maternel.

Le pronostic vital maternel peut être considéré comme bon dans notre étude où nous n'avons déploré que 8,3% de décès maternel. Ce taux est estimé à 5% en France selon MALINAS et LAUVERGEON. (36. Il est plus élevé dans les autres pays africains où nous avons relevé les taux suivants :

- NASHA et DROUIN (Yaoundé) = 10%.

- BOHOUSSOU et Coll. (Abidjan) = 14,06%.

- VOVOR et Coll. (Lomé) = 20%.

- VERNAY et PEREZ (55) à Daloa en R.C.I. = 26,6%.

- J. FERRE et coll. = 29%

La cause principale des décès était le choc (surtout hémorragique) aggravé par les longs parcours sur des pistes en mauvais état, avec des moyens de transport de fortune (dos d'âne ou de chameau) ou fort peu confortables (taxi - brousse. Ces femmes arrivées en très mauvais état général, très fatiguées et souvent anémiées ne bénéficient pas toujours d'une réanimation adéquate faute de sang frais ou de solutés.

b) Pronostic fœtal.

La mortalité fœtale a été très importante dans notre étude (88%). Ce caractère foeticide des ruptures utérines a été souligné par beaucoup d'autres auteurs : RENAUD et coll. (55) = 60%, J. FERRE et coll. (22) = 88,23%, VERNAY et PEREZ (55) = 96,70%. Même en France MALINAS et LAUVERGEON ont noté 50% de décès fœtal.

Ainsi si les ruptures utérines se révèlent peu meurtrières pour les mères, elles restent hautement foeticides et, cela est une situation à laquelle on ne pourra changer grand chose. C'est simplement en prévenant ces accidents qu'on améliorera le pronostic fœtal.

V. CONCLUSION.

Lorsqu'on analyse les causes des ruptures utérines, on se rend compte que très peu d'entre elles sont accessibles à la prophylaxie précoce ; c'est à dire pendant la grossesse. En conséquence, on est forcé d'admettre que la seule prophylaxie de ces accidents réside dans le contrôle médical effectif de tous les accouchements, et plus particulièrement de celles des grandes multipares. C'est dire qu'il faudra encore de nombreuses années avant d'atteindre cet objectif, et que malheureusement cette pathologie n'est pas près de disparaître de nos contrées.

En attendant la réalisation de cet objectif, qui ne peut que se situer à très long terme, ceux qui aujourd'hui s'occupent de la santé maternelle et infantile peuvent contribuer à cette lutte de façon notable :

- En faisant de la lutte contre les dystocies, l'objectif prioritaire de la protection maternelle et infantile au Niger.
- En sensibilisant les médecins et les sages - femmes à limiter au maximum tous les actes susceptibles de fragiliser l'utérus ou de créer artificiellement un obstacle au moment d'un accouchement ultérieur ; en particulier les césariennes qui, pour cette raison et pour beaucoup d'autres, ne devraient pas constituer la panacée qui résout tous les problèmes de l'accouchement.
- En améliorant enfin, la formation des médecins en matière de techniques obstétricales de la voie basse qui hélas sont de moins en moins bien maîtrisées.

Les pouvoirs publics pourront également participer à la lutte par l'amélioration de la couverture sanitaire du pays et des infrastructures routières, qui demeure une des clés du problème.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. O. AGUERO, S. KIZER - Suture of uterine rupture (463 cases)- Obstet. and Gynec., 1968, 31, 806-810.

1. **O. AGUERO, S. KIZER** - Obstetrical prognosis of repair of uterine rupture. Surg . Gynec. Obstet. sept 1968, 127, n° 3, 528-530.
2. **F. AKASHEH** - Rupture of uterus. Amer. J. Obstet. Gynec. June 1968, 101, n°3, 406-408.
3. **A.A. ARKUTU** - Spontaneous uterine rupture with placenta percreta : a case report - Int. J. Gynec. Obstet. 1980, 17, 485-487.
4. **B. ASTED** - Rupture of the uterus in Swedish departement of obstetrics - Acta Obstet. Gynec. Scand. 1967, 46, n°2, 168-182.
5. **W.D. BEACHAM, D. BEACHAM, H.D. WEBSTER , S.L. FIEDING** -Rupture de l'utérus à l'hôpital New Orleans Charity. - Amer. J. Obstet. Gynec. 1970, 106, 1083-1097.
6. **J. BERG.** - Clinique et traitement de la rupture utérine dans les pays en voie de développement. Zbl. Gynäk. 1971, 93, n°26, 877-889.
7. **M. BLUM, TH. GALL, A. SHAMAY .** - La rupture utérine, une catastrophe obstétricale ; - Rev. Franç. Gynec. Obstet. 1979, 74, 12, 751-754.
8. **M.K. BOHOUSSOU, K.B. HOUPHOUET, Y. DJAHAN, M. ANOMA, et M. SANGARET ;** - Ruptures utérines au cours du travail ; à propos de 128 cas. Afr. Méd. 1978 , 17, (162) 467-472.
9. **M.K. BOHOUSSOU, K.B. HOUPHOUET, N. KONE et M. SANGARET.** - Les ruptures précoces de l'utérus gravide. - Afr. . Méd. 1980, 19 (176), 35-37.
10. **S. BOUJEMA, T.B. BEN CHEIKH, A. C. LUCEKA, A. KLIBI, M. SAYADI.** - A propos de 41 cas de ruptures utérines. Tunis méd. mai- juin 1974, 52, n° 3 137-139.
11. **M. BRULENELL, S. CHAKRAVARTI.** - unterine rupture in labour . - Brit. med. J . 1975, 2, n° 5963, 122-123.
12. **G. BRUN, K. OSSTOWAR, A. ESSA- EGH.** - Réflexion sur 165 cas de rupture utérine. - Maroc méd. 1969, 49, n° 520, 55-58.

13. **T.K. BRYSON, J.L BENUMOF, J.R. FARINA.** 6 Uterine rupture caused by administred saline abortion. - Acta Obstet. Gynec. Scand. 1979,58, n° 5, 497-498.
14. **G. CAER, P. BAKASSA, K. ANGBA.** - Les ruptures utérines en Afrique. Méd. Far. Noire, nov. 1963, 10, n°11, 547-530.
15. **G. CHAMPAULT.** - Ruptures utérines, expérience africaine de 64 cas. J. Gynécée. Obstet. Biol. reprod., (Paris) 1978, 7, 855-860.
16. **L. CHASTRUSSE, G. ALEVIALE.** - Vingt ans de ruptures utérines. Bull. Féd. Soc. Gynec. Obstet. - 1966, 18, n°3, 248-252.
17. **H.A. CLAIRBORN, E.C. SCHELIN,** Rupture de l'utérus gravide. - Amer. J. Obstet. Gynécée. , 1967, 99, n°7 900-906.
18. **S. DIARRA, S. PALE, R. KONE, J. RINTER, R. LOUBIER.** - Une cause rare d'hémopéritoine, la rupture d'utérus gravide en début de grossesse. Rev. méd. Côte d'Ivoire.1970, 2, 2-26.
19. **P. DEFONTAINE.** - A propos de 50 ruptures utérines à l'hôpital du point G BAMAKO (Mali. méd. trop. 1976, 36, n°3 217-223.
20. **J. DOCQUIER.** - Deux ans de pathologie obstétricale à l'hôpital de Niamey (NIGER. - Soc. Belg. méd. trop. 1972, 52, n°6, 549-550.
21. **J. FERRE, H. ANTOINE, G. OFFENSTADT, J.M. EYSALET.**- Traitement médico- chirurgical des ruptures utérines. A propos de 34 cas. - Afr. méd. 1971, 10, (89), 343-348.
22. **A. GOLAN, O. SANDBAUX, A. RUBIN.** - Rupture of the pregnant uterus ; Obstet. Gynec. , nov. 1980, 56, n°5, 549-554.
23. **G.P. GROEN** - Uterine rupture in rural Niageria. Review of 144 cases. - Obstet. Gynec. 1974, 44, n°5, 682-687.
24. **A. HUBER.** - Problème de la rupture de l'utérus dans les pays en voie de développement. Zbl. Gynäk., 1969, 91, n°46 1497-1501.
25. **H. JURGENS, K.W. ZIPREICH, G. RABER.** - Rupture utérine et mortalité infantile. Zbl. Gynäk. 1975, 97, n°18, 1136-1141.

- 26. W.S. KEIFER.** - Rupture of the uterus. - Amer. J. Obstet. Gynec. 1964, 84, 335-348.
- 27. M. KAZOUK, H. CHELLI, M. CHELLI .** - A propos d'un cas de rupture utérine spontanée au cours du deuxième trimestre de la grossesse. Tunis Méd. 1979, 57, n°6, 352-354.
- 28. KITENGUE-KAYEMBE , EKINZE , MBIYE.** - Rupture de l'utérus gravide (28 cas) ; J. Gynec. Obstet. Biol. Reprod. 1975, 4, n°6, 845-855.
- 29. P. LALUQUE, C. TOURNIER -LASSERVE.** - Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 27 cas en Afrique noire. - Gynec. Obstet. 1962, 61, n°5, 756-785.
- 30. J.B. LAWSON, D.B. STEWART.** - Obstetrics and gynaecology in the tropics. Chap. 12. Edwards Arnold, LONDON.
- 31. E.J. LAZARUS.** - Early rupture of the gravid uterus . - Amer. J. Obstet. Gynec. 1978, 132, n°2, 224.
- 32. R. CANNELIER, P. BOURGOIN, C. BALLON.** - Considérations à propos de 45 ruptures utérines. Bull. Soc. méd. Afr. noire. 1964, 9, n°2, 145-148.
- 33. R. LYONNET, M. ISMAEL.** - Rupture utérine à début insidieux et aggravation progressive ; hystérotomie suivie d'hystérectomie. Enfant vivant. Bull. Féd ; Soc. Gynec. Obstet. 1978, 22, n°1, 64-66.
- 34. R. MAHON, J.H. SOUTOL, J. ANOIRT.** - Les ruptures précoces de l'utérus gravide. Gynec. Obstet. 1961, 60, n°4, 519-572 ;
- 35. Y. MALINAS, B. LAUVERGEON.** - Ruptures utérines au cours de la puerperalité. E. M. C Obstétrique, 5080 A¹⁰ 10, 1970 .
- 36. M.K.K MENON.** - Rupture de l'utérus ; revue de 164 cas. - Z. Obstet. Gynec. But. Cwlth. 1962, 69, n° 1, 18-28.
- 37. R. MERGER, Y. LEVY, J. MELCHIOR.** - Précis d'obstétrique. 4^e éd. Masson et Cie (Paris).

- 38. G. MURET, G. BAYLE, J. CASTANET.** - Rupture de l'utérus parturient à terme. A propos de 29 observations voltaïques. *Bordeaux Chir.* 1971, 42, n°3, 148-159.
- 39. B.T. NASHA, P. DROUIN.** - Review of 70 cases of ruptures of uterus in Cameroun. *Tropical doctor.* 1978, 8, 127-131.
- 40. K. R. NISWANDER, D. J. NENNO.** - Rupture of the uterus with spartain sulfate. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 1967, 97, n°6, 866-867.
- 41. A.U. ORONSAYE, M.I. ASUEN.** 6 Obstructed labour : a four year survey of the university of Benin teaching hospital , Benin City (NIGERIA) . *Tropical doctor.* 1980, 10, 113-116.
- 42. R. RENAUD, P. LEISSNER, C. BOURY-HEYLER, M. SANGARET, C. EKRA.** Ruptures utérines après le sixième mois ; à propos de 60 cas . *Rev. méd. Côte - d'Ivoire.* 1968, 11, 5-9.
- 43. K.J. RIES, E.B. MIDDLETON.** - Rupture of septate uterus due to placenta percreta. *Obstet. Gynec.* 1972, 39, 705-712.
- 44. H.G. ROBERT, J. PATEL, L. LEGER.** - Traitement de la rupture utérine ; in nouveau traité de techniques chirurgicales. Tome XIV pp 783-784. Masson et Cie (Paris).
- 45. B. SEGUY.** - Nouveau manuel d'obstétrique. Tome I 4^e éd. Intermédica (Paris).
- 46. S. SHIRISH.** 6 Results of traitement of rupture of the uterus by suturing . *Z. Obstet. Gynec. Brit. Cwlth .,* 1968, 75, 55-58.
- 47. D.C. SHIRINSKY, R.C. BENSON.** - Rupture of pregnant uterus : a review. *Obstet. Gynec. survey* 1978, 33, n°4, 217-232.
- 48. H.R. SKELLY, A.M. DUTJIE, R.H. PHILPOT.** - Rupture of the uterus, preventable factors. *S. Afr. méd. J.* 1976, 50, 505-509.
- 49. H. TALEBZADETH.** - Les ruptures utérines à l'hôpital SHAPOUR de TABRIZ (Iran). *Rev. Franç. Gynec. Obstet.* 1978, 73, n°11, 695-702.
- 50. J.M. THOULON, J.L. CONSENTINO.** - Les ruptures utérines à propos de 26 cas. *Rev. Franç. Gynec. Obstet.* 1969, 64, n° 3 991-999.

- 51. B.M. TOURE.** - Les hystérotomies de sauvetage et les ruptures utérines ; la formation des matrones rurales. Afr. méd. 1975, 14, (126), 35-38.
- 52. R.R. TRIVEDI, K.C. PATEL, N.B. SWAMI.** - Rupture of uterus . J Obstet . Gynec. Brit. Cwlth. 1968, 75, 51-54.
- 53. T. VAGO, A. JHIRAD.** - Mécanisme de la rupture de l'utérus gravide sans cicatrice. Amer. J. Obstet. gynec. 1972, 113, n°6 , 848-849.
- 54. A. VERNAY, F. PEREZ-VERA.** - Réflexions à propos de 248 cas de ruptures utérines . Rev. Franç. Gynec. Obstet.1977, 74, n°3, 197-200.
- 55. M. VITSE, J.C. BOULANGER, J. CHAUMONT, P. ARQUIS.** - Les ruptures utérines sur utérus antérieurement césarisés. A propos de 11 observations. Rev. Franç. gynec. Obstet.1976, 71, n°6, 379-384.
- 56. M.V. VOVOR, A.M. SUDRE, C. QUADJOVI.** - A propos de 60 cas de ruptures utérines observés à la maternité de Lomé (TOGO). Résultats et réflexions thérapeutiques. J. Chir. Paris. 1965, 89, n°4, 445-449.
- 57. VU THEIN PHUNG, BACH VAN TOT.** Revue des cas de ruptures utérines survenues à la maternité TU -DU pendant l'année 1961, (pendant le travail). Acta méd. Vietnam. 1968, 12, n°1, 4345-4356.
- 58. P. WAHL, J. HIBON, C. QUEREUX, F. CHASTE.** - A propos d'un cas de rupture extra muqueuse de l'utérus gravide. Ann. méd. Reims, 1975, 12, n°2, 129-130.
- 59. X.** - Les ruptures utérines . Sages - femmes 1978, 2 n°8, 7-14.

					loge rénale		
15	GOTHEY	4	15/7/74 Tableau de péritonite diffuse sur siège dystocique	grande extraction du siège	Péritonite à fausses membranes ; brèche utérine en regard du promontoire à bords contus	Suture Ligature des trompes Drainage multiples	Décédée le 18/7/74 Choc septique
16	KOLO	5	Admise le 18/7/74 en travail : HU=33cm ; dilatation complète ; BCF+++	utérus cicatriciel (2césariennes antérieures)	Rupture sous péritonéale du bord gauche de l'utérus	Suture + Ligature des trompes	Enfant vivant
17	KARMA	-	29/8/74 Etat de choc grave	Foetus malformé : Hydrocéphalie	Rupture sous-péritonéale antéro-latérale gauche irréparable	Hystérectomie subtotale	
18	NIAMEY	3	1/9/74 ; Accouchement et délivrances normaux ; Diagnostic fait à la RU	Utérus cicatriciel (Césarienne au 1 ^{er} accouchement)	Désunion de l'ancienne cicatrice.	Suture + Ligature des trompes	
19	EVACUEE	-	4/674		Rupture sous-péritonéale de la région segmento-corporéale gauche. Hématome du ligament large	Suture + Ligature des trompes	
20	EVACUEE	10	8/10/74 ; Présentation transverse + procidence du cordon BCF=0	Utérus cicatriciel	Rupture sous-péritonéale transverse intéressant l'ancienne cicatrice	Suture Ligature des trompes	
21	EVACUEE	6	21/10/74 Etat de pré-rupture	-	Rupture du S.I propagée au col (paroi latérale gauche) Hémopéritoine (11500)	Suture Ligature des trompes	
22	NIAMEY	2	18/11/74 ; Syndrome de pré-rupture. BCF =+++	Bassin généralement rétréci (BGR)	Rupture sous-péritonéale segmentaire (face antéro-latérale droite)	Suture Ligature des trompes	Enfant vivant Apgar 10
23	NIAMEY	9	20/11/74 Admise pour douleurs abdominales en fin de grossesse ; avant tout début d travail	-	-	Suture Ligature des trompes	
24	EVACUEE	3	Signes patents de rupture utérine constituée		Eclatement du S.I. en T ; Hématome du ligament large	Suture Ligature des trompes	
25	TILLABERY	-	2/12/74 Etat de choc grave BCF=0	Epaule négligée	Péritonite à liquide fétide .Rupture sous-péritonéale de la région cervico-vaginale propagée à la vessie, ouverte sur toute sa face postérieure.	Suture Ligature des trompes	TA= 11/7 en fin d'intervention
26	TORODI	-	Rupture utérine constituée Etat de choc ; BCF=0	-	Désinsertion du S.I à la jonction d'avec le corps utérin. Hémopéritoine modéré ; Foetus et placenta intra abdominaux.	Suture Ligature des trompes	
27	TILLABERY	4	En travail depuis 2 jours. Syndrome de pré-rupture BCF= +++ ; PDE rompue à domicile	-	Rupture sous péritonéale du bord gauche du S.I.	Suture Sans ligature des trompes	Enfant vivant réanimé pendant 10mn
28	DOUTCHI		Etat de choc chronique évoluant		Rupture utérine complexe	Hystérectomie totale	Décès sur table

					péritonite généralisée		
29	NIAMEY	5	Etat de rupture confirmée évoluant depuis 24 h au moins. Etat de choc grave ; BCF=0	-	Rupture utérine complexe avec éclatement de la vessie	Suture ; omission involontaire de ligature des trompes	Décès à 24 h hémolyse aiguë ;accident transfusionnel ?
30	NIAMEY	7	Grossesse gémellaire accouchement normal du 1er jumeau ; Présentation transverse du 2° jumeau	Version par manoeuvres internes	Rupture utérine complexe	Hystérectomie subtotale	
31	NIAMEY	2	Travail prolongé avec souffrance foetale	BGR méconnu	Rupture en T renversé du SI	Suture sans ligature des trompes	
32	FILLINGUE	5	En travail depuis plus de 48 h. Présentation du front BCF=0. Etat de choc TA=8/5. Hépto-splénomégalie	Présentation du front	Foetus intra-abdominal. Déchirure quasi-complète de la jonction cervico-ithmique. Cirrhose du foie	Hystérectomie subtotale	Décédée 18h après pa hémorragie digestive haute
33	TONDIKOARA	4	En travail depuis 24 h Présentation du front. BCF + +; Syndrome de pré-rupture	Présentation du front	Rupture longitudinale du SI	Suture sans ligature des trompes	Enfant vivant
34	FILLINGUE	6	En travail depuis plusieurs jours ; Etat de choc,. Embryotomie	Epaule négligée	Enorme hématome du ligament large ; rupture utérine complexe + lésion vésicale	Hystérectomie subtotale	Suites simples
35	NIAMEY	2	Etat de choc , TA=0 ; Hypertonie utérine ; hémorragie vulvaire BCF+ ; HU= 38 cm		Rupture complexe du SI propagée au dôme vésicale	Hystérectomie subtotale	Suites simples
36	DOUTCHI	6	Présentation de l'épaule négligée du 2° jumeau	Epaule négligée	Rupture complète du bord gauche du SI	Suture + Ligature des trompes.	Suites simples
37	FILLINGUE	6	Présentation de l'épaule négligée BCF=0 Etat de choc ; Embryotomie	Embryotomie	Enorme hématome du ligament large ; Rupture complexe du bord droit du SI,le corps et le dôme vaginal	Hystérectomie subtotale	
38	EVACUEE	-	Hémorragie génitale ; Etat de choc		Rupture complexe propagée au dôme vésicale	SUTURE ? Réparation de la vesie , Sans ligature des trompes	
39	EVACUEE	-	Enntravail depuis 4 jours Présentation de l'épaule négligée, BCF=0	Epaule négligée	Rupture complexe du SI propagée au corps utérin	Suture + Ligature des trompes. ; Hystérectomie secondaire au 2° jour	Décédée sur table
40	GOTHEY	-	Dystocie du col, BCF+ ; Echec d'une épreuve du travail	Ocytocique(Syntocinon)	Rupture sous-péritonéale du S.I	Suture + Ligature des trompes.	Enfant vivant
41	NIAMEY	-	Prolapsus oedematié du col utérin à 7 mois et demi de grossesse ; BCF+	Prolapsus génital	Eclatement du SI	Suture + Ligature des trompes.	Enfant prématuré 1kg700 n'a pas survécu
42	NIAMEY	-	Accouchement sans aucun signe d'alarme		Rupture intéressant le fond utérin ; Œuf complet dans	Suture + Ligature des trompes.	Suites simples
43	EVACUEE	-	En travail depuis plus de 24 h		Rupture étendue de la corne	Suture + Ligature des	

			peau ; col épais rétracté ; Hémorragie +++		intéressant toute la face antérieure et latérale gauche	trompes.	
45	EVACUEE	-	rétenion de foetus mort infecté évoluant depuis 48 h (rétenion tête dernière) ; Réaction péritonéale +++		Rupture transversale du SI, semblable à une césarienne segmentaire ; Tête foetale derrière la vessie	Suture Sans Ligature des trompes.	
46	NIAMEY	-	Avortement fébrile		Avortement intra ligamentaire. Rupture ancienne méconnue intéressant le bord droit de l'utérus	Suture + Ligature des trompes.	
47	TERA	6	Evacuée pour placenta praevia recouvrant BCF++	Placenta praevia	Rupture allant de la corne droite au paramètre	Suture + Ligature des trompes.	
48	NIAMEY	5	Rupture silencieuse constituée dans le service		Désinsertion utéro-vaginale au niveau du cul de sac de DOUGLAS	Suture + Ligature des trompes. ; Drainage du Douglas	
49	-	2	Travail prolongé chez une femme porteuse d'un mal de Pott	Utérus cicatriciel (Césarienne)	Rupture circulaire presque complète du SI ; Eclatement de la vessie	Hystérectomie totale ; Réparation de la vessie	
50	NDOUNGA	7	En travail depuis plus de 24 h, BCF++	Manoeuvres internes sur utérus cicatriciel	Déhiscence de l'ancienne cicatrice	Suture + Ligature des trompes.	Enfant né vivant mais décédé quelques instants après
51	NIAMEY	4	En travail depuis plu de 48 h ; PDE rompue à domicile, Présentation du sommet BCF+++ . Latérocidence du bras	Forceps	Rupture latéro-antérieure gauche	Suture sans Ligature des trompes.	
52	FILLINGUE	7	Dystocie du dégagement. Latérocidence du bras ; Souffrance foetale aiguë	Dystocie du dégagement	Rupture incomplète au niveau du ligament rond gauche	Césarienne suivie de la réparation de la rupture Ligature des trompes	
53	FILLINGUE	2	En travail depuis 48 h ; TA=0 ; Présentation de l'épaule négligée + procidence du cordon	Epaule négligée	Rupture incomplète antérieure droite = section de l'uretère droit	Suture sans Ligature des trompes.	Décédée 48 h après dans un tableau toxico-infectieux
54	-	-		Utérus cicatriciel	Rupture longitudinale corporo - segmentaire avec propagation à la vessie	Suture sans Ligature des trompes.	
55	FILLINGUE	4	Foetus palpable sous la peau		Rupture segmentaire ; Foetus et placenta intra abdominaux en début de putréfaction	Suture sans Ligature des trompes.	
56	DOSSO	3	Pré-éclampsie ,Oedème +++ TA=18/10 ; avec débord suspubien HU=38 BCF = PDE rompue	Présentation du sommet fixée	Rupture du SI propagée au col	Suture sans Ligature des trompes.	
57	OUALLAM	6	En travail depuis 72 h ; Etat de choc infectieux, TA=6	Dystocie de dégagement ; Forceps	Déchirure s'étendant du fond utérin à la paroi latérale gauche	Hystérectomie subtotale	Décédée 24h Choc irréversible

59	EVACUEE	2	Dystocie de dégagement (diaphragme vaginal)	Dystocie du dégagement	Rupture du SI propagée au col, Déchirure circulaire presque complète	Hystérectomie Totales	Suites favorables
60	EVACUEE	2	Etat de choc Foetus palpable sous la peau	-	Foetus et placenta intra abdominaux, Déchirure linéaire du SI avec décollement de la vessie restée intacte	Suture sans Ligature des trompes.	
61	NIAMEY	2	Rupture utérine silencieuse constituée dans le service		Placenta et foetus intra abdominaux ; Déchirure du SI irradiant vers le vagin sans atteinte vésicale	Suture sans Ligature des trompes.	
62	NIAMEY	3	PDE rompue à domicile, procidence du cordon ; BCF=0	Présentation de l'épaule	Rupture de la paroi latéro - postérieure gauche s'étendant jusqu'au promontoire et communiquant avec le vagin	Suture sans Ligature des trompes.	
63	NIAMEY	-	Hémorragie profuse de la délivrance après accouchement à domicile	utérus cicatriciel (césarienne corporeale)	Désinsertion complète de l'ancienne cicatrice	Suture sans Ligature des trompes.	
64	EVACUEE	6	Etat de choc ;Foetus palpable sous la peau ; pas de contractions utérines		Rupture segmento-coporeale latérale gauche	Suture + Ligature des trompes.	
65	NIAMEY	3	Admise pour accouchement ; dilatation complète, malade choquée, pâle, BCF=0	utérus cicatriciel	Déhiscence de l'ancienne cicatrice	Suture + Ligature des trompes.	
66	FILLINGUE	2	En travail depuis 48h, Dystocie de dégagement : Sommet engagé avec énorme bosse séro-sanguine	Dystocie de dégagement	Déchirure latérale gauche	Suture + Ligature des trompes.	
67	OUALLAM	7	Hémorragie +++ après application de forceps à OUALLAM, Etat de choc ;	Forceps	Déchirure latérale gauche	Suture + Ligature des trompes.	
68	FILLINGUE	3	En travail depuis 4 jours ; Présentation du front, utérus hypertonique	Présentation du front	Désinsertion cervico-isthmique antérieure	Suture + Ligature des trompes.	
69	NIAMEY	-	En travail depuis 3 jours ; Disproportion foeto-pelvienne (DFP)	DFP	Rupture segmentaire en X	Suture sans Ligature des trompes.	
70	OUALLAM	MULTI			Déchirure segmento - corporeale	Suture sans Ligature des trompes.	Décédée 1 mois après ; Infection
71	TERA	7	Etat de choc. BCF =0, Pas de contraction utérines, Hémorragie vulvaire	Placenta acréta	Rupture corporeale		Décédée sur table
72	FILINGUE	5	; En travail depuis 3 jours ; Signes de rupture constituée	Présentation transversale	Déchirure segmento- corporeale à peu près médiane ; Péritonite	Suture sans Ligature des trompes.	Aucun enfant vivant
73	DOSSO	6	Etat de choc, BCF=0 ; Parties foetales palpables sous la peau		Hémorragie abondante ; Déchirure segmentaire transversale	Suture + Ligature des trompes.	
74	DOSSO	8	Etat de choc ; anurie ; BCF = 0 ; Foetus sous la peau ; Col dur		Déchirure de la paroi latéro - postérieure gauche	Hystérectomie sub - totale ; annexectomie	Suites simples ; sortie guérie après

			Dilatation complète ; pâleur +++			trompes	
76	TILLABERY	3	Rupture constituée par rétention de la tête dernière	Rétention de la tête dernière	Rupture segmentaire complexe. Volumineux hématome du ligament large	Suture sans ligature des trompes	
77	LIBORE	7	Etat de choc BCF=0		Rupture sous - péritonéale du Segment inférieur	Suture + ligature des trompes	
78	LIBORE	2	Utérus étalé , informe ; col dilaté à 2 cm ; Foetus sous la peau ; BCF= 0		Foetus intra abdominal, Brèche elliptique allant du SI au vagin	Suture sans ligature des trompes	
79	NIAMEY	9	Admise pour accouchement , rupture silencieuse constituée à la maternité		Foetus intra abdominal, Déchirure complète de la paroi latérale droite.	Suture + ligature des trompes	
80	NIAMEY	8	En travail depuis 48 h ; PDE rompue à domicile ; BCF +++	Dystocie dynamique	Désinsertion postérieure du S.I.	Suture + ligature des trompes	Enfant vivant
81	DOSSO	-	Etat de rupture utérine constituée à l'admission		Brèche linéaire du SI	Suture + ligature des trompes	Suites simples sortie au 8 ^e jour
82	-	4	Evacuée pour suspicion d'hématome retro - placentaire (HRP)	Utérus cicatriciel	Utérus ecchymotique, déhiscence de l'ancienne cicatrice	Suture sans ligature des trompes	
83	NIAMEY	MULTI	Rupture utérine silencieuse		Rupture sous - péritonéale segmentaire ; oedème de la vessie ; Hématome anté- utérine	Suture + ligature des trompes	Enfant vivant ; suites un peu fébrile ; Sortie au 9 ^e jour
84	GOTHEY	-	Etat de choc grave ; BCF = 0 ; En travail depuis 3 jours		Lésions complexes	Hystérectomie totale ; annexectomie droite	
85	NIAMEY	8	Hémorragie grave de la délivrance		Rupture sous - péritonéale de 5cm intéressant une branche de l'artère cervico - vaginale	Suture + ligature des trompes	Suites simples sortie au 6 ^e jour
86	TILLABERY	2	Etat de choc présentation de l'épaule négligée BCF = 0	Epaule négligée	Rupture complexe du segment inférieur propagée au vagin et éclatement de la vessie	Suture ; fermeture de la vessie ; Ligature des trompes	
87	LAZARET	4	Dilatation complète sur présentation du bregma, syndrome de pré - rupture	Bregma	Placenta et foetus intra abdominaux, Hémopéritoine abondant (2l) ; Déchirure linéaire de la face postérieure de l'utérus rupture sous - péritonéale antérieure	Suture + ligature des trompes	Eviscération à une semaine reprise
88	GAYA	6	Etat de choc placenta praevia central	Placenta praevia	Rupture segmentaire transversale	Suture + ligature des trompes	Suites simples sortie au 7 ^e jour
89	NIAMEY	-	Rupture silencieuse		Eclatement sous- pératonéal en croix du segment inférieur	Suture + ligature des trompes	
90	OUELLAM	6	Etat de choc BCF = 0	Foetus hydrocéphale	Eclatement de la paroi latérale droite de l'utérus	Suture + ligature des trompes	
91	NIAMEY	5	Dystocie du col ; Hémorragie	utérus cicatriciel (3	Lésions complexes	Hystérectomie	Suites simples

92	SAY	4	En travail depuis 48 h ; Etat de choc chronique ; Pas de contracture utérines , Hémorragie +++	Procidence du cordon et de la main	Rupture segmentaire, Foetus et placenta intra abdominaux ; Péritonite généralisée	Suture Sans ligature des trompes	
93	NIAMEY	-	En travail depuis 24 h ; Etat de choc et pâleur +++		Rupture postérieure par désinsertion dôme vaginal	Suture + ligature des trompes	
94	OUALLAM	8	MEG, Paraplégie spasmodique	Dystocie de dégagement	Rupture latérale droite ; oedème du ligament large , Péritonite	Suture + ligature des trompes	
95	DOSSO	3	Rupture utérine constituée à l'arrivée		Foetus et placenta dans l'abdomen ; Rupture segmentaire simple ; début de péritonite	Suture sans ligature des trompes	
96	EVACUEE	-	-	-	Rupture segmento - corporeale du bord gauche, hématome du LL	Suture sans ligature des trompes	
97	NIAMEY	3	Dystocie de dégagement	Forceps	Rupture segmentaire transversale	Suture sans ligature des trompes	
98	NDOUNGA	6	Rétention de la tête dernière ; hémorragie +++ T° = 40°	Grande extraction du siège	Rupture sous péritonéale de l'angle droit de l'utérus	Hystérectomie subtotale	Suites simples sortie au 9 e jour
99	-	6	-	-	Rupture sous pétonéale du segment inférieur	suture + ligature des trompes	
100	FILLINGUE	3	En travail depuis 3 jours ; rupture confirmée à l'admission	-	Rupture postérieure : Désinsertion utéro-vaginale au niveau des ligaments utéro- sacrés	suture + ligature des trompes	Foetus né vivant mort dans le post partum immédiat
101	NIAMEY	5	Dystocie dynamique ; col oedématié et hémorragie +++	-	Rupture sous - péritonéale du bord gauche du S.I.	suture sans ligature des trompes	
102	-	12			Rupture sous - péritonéale du bord droit du S.I.	suture + ligature des trompes	
103	EVACUEE	3	Admise en état de rupture confirmée (Foetus sous la peau)		Eclatement du SI placenta et foetus intra abdominaux	suture sans ligature des trompes	Suites simples sortie au 8° jour
104	TILLABERY	-	En travail depuis 2 jours	Epaule négligée	Rupture du bord gauche de l'utérus	suture sans ligature des trompes	Suites simples sortie au 6° jour
105	TILLABERY	9	Travail prolongé, syndrome de pré - rupture		Rupture sous - péritonéale du SI	suture + ligature des trompes	Suites simples sortie au 9° jour
106	DOSSO	9	Travail prolongé ; état de choc . Anurie BCF = 0	Présentation du front	Déchirure complexe	Hystérectomie subtotale	Suites simples sortie au 7° jour
107	DOSSO	-	Très mauvais état général ; BCF=0		Placenta et foetus intra abdominaux dans le sac amniotique intact, Déchirure du fond utérin	suture + ligature des trompes	Suites simples sortie au 6° jour
108	FILLINGUE	4	Travail prolongé ; état de choc ; foetus sous la peau		Déchirure en L renversé du SI à sa partie gauche	suture sans ligature des trompes	Suites simples sortie au 6° jour
109	TILLABERY	3	Evacuée pour travail stationnaire	Pacenta praevia recouvrant + hydrocéphalie	Déchirure complète de la face antérieure de l'utérus	suture sans ligature des trompes	Suites simples sortie au 12° jour
110	OUALLAM	6	En travail depuis 3 jours Etat de choc Embryotomie faite à domicile sur rétention tête dernière	Hydrocéphalie	Hémopéritoine +++ Utérus gangrené	Hystérectomie totale	Sortie au 9° jour

112	KARMA	2	Arrivée en fin de travail, Dilatation complète, HU = 40 cm	Bassin limite ; Gros foetus	Eclatement du Si propagé au vagin	Suture +sans ligature des trompes	
113	TILLABERY	8	En travail depuis 2 jours Hémorragie vulvaire BCF = 0 TA = 0 HU += 40	Gros foetus	Déchirure complète de la paroi latérale droite	Suture +sans ligature des trompes	Décédée 24 h choc hémorragique
114	OUALLAM	6	En travail depuis 48 h ; Etat de choc, épaule négligée	Embryotomie	Déchirure postérieure de l'utérus en regard du promontoire	Suture +sans ligature des trompes	Sortie au 12 e jour
115	FILLINGUE	5	En travail depuis 48 h, Grossesse gémellaire HU = 40 cm	Manoeuvres internes + forceps	Rupture de la paroi latérale gauche du SI + déchirure complète du fond utérin	Hystérectomie totale Annexectomie bilatérale	Sortie au 9 ^e jour
116	KARMA	2	En travail depuis 3 jours, arrivée en état de choc, BCF = 0. Pas de contractions utérines	Hydrocéphalie	Déchirure latérale gauche du SI	Suture sans ligature des trompes	
117	EVACUEE	7	Rupture utérine constituée		Déchirure segmentaire simple	Suture sans ligature des trompes	Suites simples sortie au 7 ^e jour
118	DOSSO	3	Etat de choc		Foetus et placenta intra abdominaux ; Déchirure du SI	Suture +ligature des trompes	Sortie au 7 ^e jour
119	TERA	6	Présentation de l'épaule négligée BCF = 0	Epaule négligée	Rupture utérine sous - péritonéale du bord gauche du SI	Suture +ligature des trompes	Sortie au 7 ^e jour
120	FILLINGUE	6	En travail depuis 4 jours, Utérus hypertonique TA =10/5 BCF =0	Forceps	Déchirure totale du bord droit de l'utérus propagée au vagin. Volumineux hématome remontant jusqu'aux loges rénales	Suture +ligature des trompes	Suites fébriles sortie au 19 ^e jour
121	DOSSO	7	Etat de choc +++ Rétention placentaire		Déchirure sous - péritonéale avec traumatisme de la vessie	Suture +ligature des trompes	Sortie au 9 ^e jour
122	DOUTCHI	6	Epaule négligée BCF = 0	Embryotomie	Déchirure sous - péritonéale du bord gauche du SI	Suture +ligature des trompes	Suites fébriles ; sortie le 16 ^e jour
123	NIAMEY	6	Présentation de la face postérieure enclavée	Embryotomie	Double déchirure de la face postérieure du SI ; Hémopéritoine	Suture +ligature des trompes	
124	NIAMEY	6	Rupture silencieuse		Déchirure presque totale du S.I.	Suture +ligature des trompes	Sortie au 7 ^e jour
125	NIAMEY	10	Travail prolongé, descente très lente de la tête, Forceps et hémorragie de la délivrance	Forceps	Déchirure du col remontant au S.I.	Suture +ligature des trompes	Sortie au 5 ^e jour
126	SAGA	3	Présentation du Sommet fixé ; dilatation complète ; Pas de contraction utérine ; BCF = 0		Déchirure presque totale du segment inférieur	Suture sans ligature des trompes	Sortie au 7 ^e jour
127	EVACUEE	9	Présentation de la face ; Syndrome de pré - rupture BCF +++		Rupture sous - péritoine antérieur du S.I.	Suture +ligature des trompes	Sortie au 6 ^e jour
128	EVACUEE	3	Etat de rupture constituée	Utérus cicatriciel (césarienne corporéale)	déshicence de l'ancienne cicatrice	Suture +ligature des trompes	Sortie au 8 ^e jour
129	EVACUEE		Mauvais état général, Physométrie	Foetus malformé (anencéphalie)	Utérus gangrené	Hystérectomie totale = annexectomie gauche	
130	KOLO	2	Présentation de l'épaule négligée	Epaule négligée	Déchirure totale du bord droit de	Suture +ligature des	

			rompue à domicile , col agglutiné ; syndrome de pré - rupture		au SI	trompes	
148	NIAMEY	5	Syndrome de pré - rupture ; Souffrance foetale	DFP	Rupture sous - péritonéale du bord latéral droit du SI	Suture sans ligature des trompes	Enfant vivant
149	NIAMEY	9	Hémorragie profuse au 8 ^e mois de la grossesse, après rupture des membranes ; BCF +		Foetus vivant contenu dans un sac péritonéal sans myomètre ; Rupture ancienne méconnue	Suture + ligature des trompes	Enfant vivant
150	NIAMEY	3	Accouchement et délivrance sans particularité, rupture diagnostiquée à la révision utérine	Utérus cicatriciel (césarienne)	Hémopéritoine ; déhiscence totale de l'ancienne cicatrice segmentaire	Suture + ligature des trompes	
151	TILLABERY	2	Admise en travail	Utérus cicatriciel su BGR	Rupture du SI propagée au ligament large	Suture sans ligature des trompes	Enfant vivant
152	NIAMEY	-	Dilatation stationnaire, Syndrome de pré - rupture		Petite déchirure sous péritonéale transversale sur le corps utérin	Suture sans ligature des trompes	Enfant vivant ; sotie au 6 ^e jour
153	TERA	5	Etat agonique		Désinsertion presque complète de l'utérus ; Gros hématome du LL gauche, Traumatisme vésical ; Péritonite généralisée	Suture + ligature des trompes	
154	-	5			Rupture du SI propagée au LL gauche	Suture + ligature des trompes	
155	OUELLAM	-	Rupture évoluant depuis plus de 48h MEG		Rupture totale du bord droit de l'utérus ; Péritonite putride	Suture + ligature des trompes	
156	DOSSO	3	Rupture utérine diagnostiquée à Dosso		Hémopéritoine ; Rupture transversale du segment inférieur propagée au LL	Suture sans ligature des trompes	
157	-	2	-	-	Hémopéritoine rupture du segment inférieur	Suture sans ligature des trompes	
158	GOTHEY	-	Epaule négligée ; procidence du bras	Embryotomie	Rupture sous - séreuse du S.I aux bords droit et gauche	Hystérectomie	Décédée
159	NIAMEY	2	Accouchement et délivrance normaux. Rupture découverte à la révision utérine de principe	Utérus cicatriciel (Césarienne segmentaire)	Désunion de l'ancienne cicatrice segmentaire transversale	Suture sans ligature des trompes	
160	TILLABERY	5	Etat de rupture confirmée	Hydrocéphalie	Rupture complète de la paroi postérieure s'étendant au dôme vaginal	Hystérectomie Sub totale	sortie au 9 ^e jour
161	GOTHEY	-			hémopéritoine, Rupture complète du SI avec propagation au corps et au vagin	Suture + ligature des trompes	
162	-	3			Rupture sous - péritoine du bord droit du SI	Suture sans ligature des trompes	Sortie au 7 ^e jour
163	FILLINGUE	7	Rétention de la tête dernière	Basiotripsie	Rupture sous - péritonéale du S.I	Suture + ligature des trompes	

180	GOTHEY	MULTI	Rétention placentaire		Rupture complète du bord gauche de l'utérus étendue au vagin	Suture + ligature des trompes	sortie au 7 ^e jour
181	SAY	9	En travail depuis plus de 24h ; Hématurie totale massive ; latérocidence du bras	Présentation dystocique	triple rupture des 2 bords et de la face postérieure en regard du promontoire ; volumineux hématome des ligaments lombo-ovariens .	Hystérectomie totale + annexectomie gauche	
182	NIAMEY	7	Utérus hypertonique ; contractions utérines subintrales. BCF +++ puis arrêt des C.U et état de choc et hémorragie vulvaire	Utérus cicatriciel	Rupture sous - péritonéale de l'ancienne cicatrice ; grande rupture complète de la paroi postérieure gauche	Suture + ligature des trompes	sortie au 6 ^e jour
183	FILLINGUE	9	Rupture utérine au stade de péritonite généralisée	Présentation du siège dystocique	Rupture du S.I. ; traumatisme vésical => fistule cervico vaginale	Suture + ligature des trompes	Transférée en urologie pour FVV
184	NIAMEY	7	Syndrome d'hypertonie utérine avec hémorragie modérée, BCF = 0	Dystocie de dégagement	Rupture sous - péritonéale d'environ un centimètre en regard du promontoire à la R.U	Abstention chirurgicale cMéthergin	
185	TORODI	2	rupture utérine évoluant depuis plusieurs jours	utérus cicatriciel, BGR	Rupture antérieure du S.I propagée à la face postérieure de la vessie	Suture + ligature des trompes + réparation vésicale	
186	TERA	10	-	-	Déchirure transversale du SI	Suture + ligature des trompes	
187	SAY	7	Syndrome de pré - rupture	DFP ; enfant polymalformé hydrocéphale	rupture segmentaire corporelle	Suture + ligature des trompes	
188	NIAMEY	8	Déclenchement du travail pour rétention d'œuf mort	ocytocique	Déchirure antéro - latérale droite du SI	Suture + ligature des trompes	sortie au 6 ^e jour
189	GOTHEY	3	Rupture utérine évoluant depuis plusieurs, MEG		Brèche utérine ancienne ; foetus macéré intra abdominal		Décès sur table
190	NIAMEY	2	Rupture silencieuse au 7 ^e mois de la grossesse	césarienne corporelle	Placenta intra abdominal adhérent aux anses intestinales ; Brèche utérine ancienne	Suture sans ligature des trompes	
191	NIAMEY	6	Dystocie du col ; col oedématié rétracté		Rupture segmentaire transversale totale propagation aux deux pédicules utérins au voisinage immédiat de l'uretère droit dénudé	Hystérectomie totale	
192	-	3	-	-	rupture segmentaire transversale ; Foetus et placenta intra abdominaux	Suture + ligature des trompes	sortie au 16 ^e jour

194	-	2		utérus cicatriciel (césarienne) + BGR	éclatement du SI propagé au corps ;foetus et placenta intra abdominaux	Suture + ligature des trompes	sortie au 6 ^e jour
195	-	6		Utérus cicatriciel (césarienne itérative)	rupture segmentaire + déchirure de la vessie	Suture + ligature des trompes	Enfant vivant ; sortie au 9 ^e jour
196	FILLINGUE	5	Présentation de l'épaule négligée	Présentation de l'épaule négligée	Utérus didelphe ; Rupture segmentaire en T s'étendant au vagin	Suture + ligature des trompes	Enfant vivant ; sortie au 8 ^e jour
197	OUALLAM	5	-	-	Rupture segmento corporeale	Suture + ligature des trompes	Décédée
198	OUALLAM	9	Epaule négligée ; procidence du cordon	Epaule négligée	Rupture segmentaire +gangrène utérine	Hystérectomie totale + annexectomie droite	
199	SAGA	6	Travail prolongé ;Hémorragie de la délivrance		Rupture segmentaire sous péritonéale postérieure	Suture + ligature des trompes	sortie au 6 ^e jour
200	OUALLAM	1	Evacuée pour dystocie mécanique : HU = 39 cm promontoire atteint ; débord suspubien + , globe vésicale +	BGR	rupture segmentaire latérale droite avec section du ligament rond homolatéral	Suture sans ligature des trompes	sortie au 7 ^e jour
201	FAHKA	5	Rétention tête dernière sur hydrocéphalie ; embryotomie	Hydrocéphalie et embryotomie	Rupture de la paroi antéro-latérale droite= Hématome du ligament lombo - ovarien droit	Suture + ligature des trompes	sortie au 7 ^e jour
202	NIAMEY	6	Accouchement et délivrance normaux Révision utérine de principe	Utérus cicatriciel (Césarienne)	Rupture segmento corporeale droite	Suture + ligature des trompes	Enfant vivant sortie au 7 ^e jour
203	TERA	2	Présentation du sommet latérocidence du bras	utérus cicatriciel + présentation dystocique	rupture complète du bord gauche de l'utérus	Suture sans ligature des trompes	
204	NAIMEY	2	Présentation oblique ; grossesse de 7 mois accouchement par voies naturelles ; Révision utérine	utérus cicatriciel	rupture sous - péritonéale de l'ancienne cicatrice	Suture sans ligature des trompes	
205	GOTHEY	7	Hydrocéphalie dystocie d'engagement, craniotomie	Hydrocéphalie	Grande brèche du bord gauche allant du fond utérin au vagin	Suture + ligature des trompes	
206	EVACUEE	-	Epaule négligée	Epaule négligée	Foetus et placenta intra abdominaux, Déchirure étendue du bord droit de l'utérus	Suture + ligature des trompes	
207	NAIMEY	2	Dystocie d'engagement ; arrêt des contraction et BCF = 0	Dystocie d'engagement	Hémopéritoine (2l) ; rupture complète du bord gauche de l'utérus	Suture sans ligature des trompes	

209	FILLINGUE	4	Présentation de l'épaule de l'épaule négligée	Embryotomie rachidienne	Rupture sous péritonéale du bord gauche du SI	Suture sans ligature des trompes	sortie le 13 ^e jour
210	NIAMEY	5	Syndrome de pré- rupture	DFP	Déchirure antéro - latérale gauche	Suture sans ligature des trompes ; sortie au 13 ^e jour	sortie le 13 ^e jour
211	FILLINGUE	-	Epaule négligée du deuxième jumeau	Epaule négligée du deuxième jumeau	Rupture segmentaire totale réalisant une désinsertion presque complète du SI	Suture + ligature des trompes	sortie au 22 ^e jour
212	NIAMEY	5	En travail souffrance foetale inexplicée	-	rupture complète du bord gauche avec désinsertion partielle du SI	Suture + ligature des trompes	sortie au 8 ^e jour
213	NIAMEY	-	rupture silencieuse constituée à la maternité	DPF	Rupture segmentaire postérieure	Suture sans ligature des trompes	sortie au 6 ^e jour
214	KOURE	9			Rupture latérale droite	Suture + ligature des trompes	sortie au 15 ^e jour
215	EVACUEE	4	Rétention de la tête dernière	Embryotomie	Rupture segmentaire en L	Suture + ligature des trompes	sortie au 8 ^e jour
216	GOTHEY	10	Etat de rupture utérine avec choc	Utérus cicatriciel (Césarienne)	Rupture complète au bord droit de l'utérus étendue au vagin ; Gros hématome du Ligament large	Hystérectomie totale + annexectomie droite	Décédée
217	KOURE	5	-	-	rupture complète du corps ancienne	Suture + ligature des trompes	sortie au 12 ^e jour
218	NIAMEY	8	Rupture utérine silencieuse	utérus cicatriciel	rupture sous - péritonéale gauche du SI	Suture + ligature des trompes	
219	NIAMEY	9	Présentation du front ; syndrome de pré - rupture ; BCF+++		Déchirure sous péritonéale du bord droit de l'utérus	Suture + ligature des trompes	Enfant vivant sortie au 5 ^e jour
220	BONKOUKOU	5	Etat de choc +++		Rupture segmentaire latérale gauche ; déchirure de la veine hypogastrique	Suture + ligature des trompes	
221	FILLINGUE	3	en travail depuis 3 jours Foetus mort ; Embryotomie	Embryotomie	Rupture utérine ancienne début de péritonite	Suture + ligature des trompes	
222	DOSSO	3	Accouchée la veille d'un enfant mort - né ; admise en très mauvais état général		Hémopéritoine ; Rupture segmentaire antérieure ancienne (nécrose des berges)	Suture sans ligature des trompes	

224	NIAMEY	4	Hémorragie du post partum		Rupture sous péritonéale latérale droite du SI allant jusqu'au col	Suture + ligature des trompes ; Réparation du col par voie basse	
225	TILLABERY	4	Syndrome de pré rupture HU = 44cm BCF = 0 ; Fièvre +++ ; PDE rompue depuis 3 jours	Gros siège complet dystocie de dégagement	Rupture sous péritonéale segmentaire utérus au stade de gangrène	Hystérectomie subtotale Annexectomie bilatérale	
226	TERA	-	-	-	rupture postéro - latérale droite	suture + ligature des trompes	
227	NIAMEY	8	Dystocie de dégagement ; souffrance foetale	Forceps	Rupture segmentaire sous péritonéale	suture + ligature des trompes	
228	NIAMEY	-	Accouchée à domicile ; Admise en état de rupture utérine confirmée	utérus cicatriciel	désunion de l'ancienne cicatrice = déchirure latérale gauche	suture sans ligature des trompes	
229	NIAMEY	2	Syndrome de pré rupture BCF+++	utérus cicatriciel ;BGR	déhiscence sous péritonéale de l'ancienne cicatrice	suture sans ligature des trompes	Enfant vivant
230	NIAMEY	3	Hémorragie de la délivrance		Rupture sous péritonéale du bord droit + désinsertion quasi complète du SI	suture + ligature des trompes	
231	OUALLAM	3	Epaule négligée Embryotomie rachidienne	épaule négligée	rupture sous péritonéale du bord gauche du SI allant jusqu'au vagin	suture + ligature des trompes	
232	SAY	4	Syndrome de pré rupture HU =41cm PDE rompue ; BCF=0		rupture segmentaire transversale	suture + ligature des trompes	
233	OUALLAM	6	Etat infectieux grave L.A.= purée de pois, purulent, Hypertonie utérine	Forceps	Rupture sous péritonéale antérieure du SI exsudat séreux dans la cavité péritonéale	suture + ligature des trompes	
234	NIAMEY	9	HU=41cm BCF + Efforts expulsifs inefficaces	DFP	rupture sous péritonéale segmento - corporeale du bord gauche	suture + ligature des trompes	
235	EVACUEE	4	Etat de choc infectieux		rupture segmentaire propagée à la vessie	suture + ligature des trompes	
236	NIAMEY	6	Col dilaté à 4 cm, oedematié	Dystocie dynamique	rupture segmentaire	suture + ligature des trompes	
237	OUALLAM	7	Rétention du 2° jumeau	Version par manoeuvres internes	Rupture sous péritonéale du SI	suture + ligature des trompes	
238	NIAMEY	4	Hypertonie utérine au cours du travail hémorragie vulvaire		Rupture sous péritonéale du SI	suture + ligature des trompes	Enfant vivant
239	NIAMEY	7	Tableau de rupture utérine évoluant de puis plusieurs jours, syndrome infectieux sévère		rupture très étendue du fond utérin au col ; Utérus infarci et infecté	Hystérectomie totale annexectomie gauche	
240	NIAMEY	2	Dystocie d'engagement ; Echec d'épreuve du travail	utérus cicatriciel + ocytocique	Rupture sous péritonéale du bord gauche du SI	suture + ligature des trompes	Enfant vivant
241	-	8	-	-	Rupture latérale gauche, section de l'artère utérine	suture + ligature des trompes	

243	EVACUEE	9	Très mauvais état général ;hémorragie ++	Utérus cicatriciel	déhiscence de l'ancienne cicatrice	suture + ligature des trompes	
244	LOGA	3	Rupture utérine silencieuse	utérus cicatriciel (césarienne)	déhiscence de l'ancienne cicatrice	suture sans ligature des trompes	Enfant vivant ; sortie au 7 ^e jour
245	BARKIAWEL	7	Rupture utérine évoluant depuis 24 h		Rupture complète de la face antérieure du S.I ; début de péritonite	suture + ligature des trompes	Enfant vivant ; sortie au 11 ^e jour
246	BOUBON	3	Etat de choc	utérus cicatriciel + BGR	Désunion complète de l'ancienne cicatrice	suture + ligature des trompes	Enfant vivant ; sortie au 10 ^e jour
247	NIAMEY	10	Accouchement à domicile ; hémorragie cataclysmique du post partum		Déchirure segmento - corporeale	Décédée au cours de l'intervention	
248	NIAMEY	6	Rupture utérine en fin de grossesse		Hémopéritoine abondant ; vaste délabrement utérin du bord gauche et du fond	Hystérectomie subtotale	
249	DOSSO	-	Mauvais état général ; hémorragie interne ; EpauLe négligée	EpauLe négligée	rupture incomplète latérale droite section de l'artère utérine homolatérale ; Hémopéritoine ++	suture sans ligature des trompes	Décédée dans le post opératoire immédiat
250	FILLINGUE	3	EpauLe négligée du 2 ^e jumeau	EpauLe négligée	rupture sous péritonéale latérale droite	suture sans ligature des trompes	
251	NDOUNGA	-	Rupture utérine évoluant depuis plus 3 jours		rupture intra ligamentaire gauche	suture + ligature des trompes	sortie au 9 ^e jour
252	OUALLAM	3	rupture évoluant depuis 24		rupture complète propagée au dôme vaginal	suture + ligature des trompes	sortie au 15 ^e jour
253	NIAMEY	5	Présentation du siège ;dystocie de dégagement	Dystocie de dégagement	rupture segmentaire sous péritonéale	suture sans ligature des trompes	sortie au 9 ^e jour
254	FILLINGUE	6	Etat de choc grave hémorragie +++		Rupture complète du S.I. avec hémopéritoine abondant	suture + ligature des trompes	sortie au 24 ^e jour
255	NDOUNGOU	5	EpauLe négligée	EpauLe négligée	Rupture cervico - segmento - corporeale latérale gauche	suture + ligature des trompes	sortie au 9 ^e jour
256	NAMARO	5	Présentation de la face négligée	Présentation de la face	Hémopéritoine +++ ;Rupture latérale gauche	suture + ligature des trompes	sortie au 7 ^e jour
257	OUALLAM	9	Rétention placentaire ; Hémorragie +		rupture segmento - corporeale antérieure oblique de droite à gauche	suture + ligature des trompes	sortie au 10 ^e jour
258	FILLINGUE	2	Mauvais état générale Utérus hypertonique ; BCF = 0 ;TA = 0		Lésions complexes apoplexie utérine	Hystérectomie subtotale	
259	BOUBON	3	EpauLe négligée ; Dilatation complète ;BCF = 0, Embryotomie	EpauLe négligée utérus cicatriciel	Rupture sous péritonéale du bord gauche de l'utérus	suture sans ligature des trompes	sortie au 8 ^e jour
260	NIAMEY	8	Etat de rupture constituée dans une maternité périphérique ; Présentation front	Présentation front	Rupture segmento- corporeale du bord gauche	suture + ligature des trompes	sortie au 7 ^e jour

UNIVERSITE DE NIAMEY

ECOLE DES SCIENCES DE LA SANTE

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerais mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères ; et s'ils devraient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes ; si je le viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.

Par délibération l'Ecole des sciences de la santé a arrêté que les opinions émises dans le présent travail doivent être considérées comme propres à l'auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni désapprobation

Vu le Directeur de l'Ecole des sciences de la Santé

Vu le Directeur de Thèse

Vu Le Recteur de l'UNIVERSITE de NIAMEY