

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 8 ■ N° 21 (2013)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Mamadou Saliou Diallo

Rédacteur en chef

Namory Keita

Rédacteur en chef adjoint

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournier (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

O Ndiaye (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette ou par email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 25.000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article originale est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
 - Un titre concis, précis et traduit en anglais
 - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
 - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
 - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
 - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
 - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
 - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 218- 225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 349.
 - Pour une thèse:
 4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

- La gratuité des soins aux gestantes et parturientes au niger : quel impact sur la mortalité maternelle dans la communauté urbaine de Niamey (CUN)**
Idi N, Garba RM, Nayama M, Mamadou M, Malam Issoufou M, Saloufou S, Graesslin O61 - 64
- Suivi des accouchées ayant effectué un retour précoce a domicile après accouchement (RPDA) : experience de l'hôpital de la mère et de l'enfant-lagune (HOMEL) de Cotonou Benin**
Tonato Bagnan JA, Hounkpatin B, Gbaguidi J, Lokossou A, Perrin RX.....65 - 68
- Enquête sur la pratique du cerclage du col utérin en cote d'ivoire : a propos de 205 cas recensés dans deux structures hospitalières à Abidjan. (Côte d'ivoire)**
P Guié, KPE Bohoussou, M Oyeladé, C Saki, S Anongba, K Touré Coulibaly69 - 73
- La coeliochirurgie dans la prise en charge de la stérilité tubo péritonéale**
Koffi A, Edi M, Oussou C, Gondo D, Yesufu A, Angoi V, Kouassi KJ, Boni S.....74 - 80
- Ruptures utérines obstétricales a la maternité Issaka Gazoby de Niamey**
Nayama M, Garba M, Idi N, Mohamed-Alzouma I, Oumara M, Guede S, Mallam-issoufou M, Salouhou S, Djibril B, Kamaye M, AlihonouE81 - 85
- La sexualité du post-partum. Analyse du vécu dans le couple noir Africain.**
Kouakou Kp, Doumbia Y, Djanhan Le, Menin Mm, Anoh Em, Djanhan Y.....86 - 90

CAS CLINIQUE

(CASE REPORT)

- Tumeurs de l'ovaire et grossesse : a propos de 4 cas au centre hospitalier régional de Hombou Anjouan, Iles Comores**
Saïd Ali A, Cisse ML, Diouf A, Moreau JC109 - 112

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Fees free in health care what impact on maternal death in niamey?

Idi N, Garba RM, Nayama M, Mamadou M, Malam Issoufou M, Saloufou S, Graesslin O61 - 64

Consistent of the women in childbirth having done a precocious return at home after childbirth: experience of hôpital de la mère et de l'enfant-lagune (HOMEL) of Cotonou Bénin

Tonato Bagnan JA, Hounkpatin B, Gbaguidi J, Lokossou A, Perrin RX.....65 - 68

Cervical cerclage. Fate of pregnancy and survey on the practice of management: about 205 cases identified in two hospitals in Abidjan.(Côte d'ivoire)

P Guié, KPE Bohoussou, M Oyeladé, C Saki, S Anongba, K Touré Coulibaly69 - 73

Laparoscopic surgery in the care of tubo-peritoneum infertility

Koffi A, Edi M, Oussou C, Gondo D, Yesufu A, Angoi V, Kouassi KJ, Boni S.....74 - 80

Obstetric uterine ruptures in the maternity Issaka Gazoby of Niamey

Nayama M, Garba M, Idi N, Mohamed-Alzouma I, Oumara M, Guede S, Mallam-issoufou M, Salouhou S, Djibril B, Kamaye M, AlihonouE81 - 85

Post-partum sexuality. Living in black african couple analysis.

Kouakou Kp, Doumbia Y, Djanhan Le, Menin Mm, Anoh Em, Djanhan Y.....86 - 90

CASE REPORT

Ovarian tumors and pregnancy : about 4 cases at the regional hospital center Hombo Anjouan, Comoros

Said Ali A, Cisse ML, Diouf A, Moreau JC109 - 112

RUPTURES UTERINES OBSTETRIQUES A LA MATERNITE ISSAKA GAZOBY DE NIAMEY

OBSTETRIC UTERINE RUPTURES IN THE MATERNITY ISSAKA GAZOBY OF NIAMEY

NAYAMA M¹, GARBA M¹, IDI N¹, MOHAMED-ALZOUMA I¹, OUMARA M¹, GUEDE S¹, MALLAM-ISSOUFOU.M¹, SALOUHOU.S¹, DJIBRIL B², KAMAYE M.³, ALIHONOUE¹.

¹Service de gynécologie et obstétrique, maternité Issaka-Gazoby, BP 10975, Niamey, Niger

²Service d'anesthésie, maternité Issaka-Gazoby, BP 10975, Niamey, Niger

³Service de pédiatrie, maternité Issaka-Gazoby, BP 10975, Niamey, Niger

Correspondances : Adresse e-mail : madinayama@hotmail.com (M. Nayama).

RESUME

Objectif. Analyser les différents aspects des ruptures utérines obstétricales en vue de contribuer à améliorer la santé maternelle et périnatale.

Patientes et méthodes. Étude rétrospective descriptive de 3 ans, réalisée à la maternité Issaka-Gazoby de Niamey, couvrant la période du 1^{er} Janvier 2010 au 31 Décembre 2012. Elle a concerné toutes les patientes admises pour rupture utérine obstétricale, dont la prise en charge a été réalisée dans notre service. Les nouveau-nés issus des patientes sont inclus

Résultats. 16042 accouchements avaient été enregistrés, 195 patientes présentaient une rupture utérine obstétricale, soit une fréquence globale de 1,2%. L'âge moyen des patientes était de 28,07 ans avec des extrêmes allant de 17 à 44 ans. Les paucipares étaient les plus souvent concernées (36,9% des patientes) et 51,8% des patientes avaient un utérus cicatriciel. La majorité des patientes étaient admises suite à un transfert in utero (69,7%). Le fœtus était palpé à la peau chez 22,6% des patientes. La rupture utérine était incomplète chez 47,2% des patientes et complète dans 52,8% des cas. Un traitement conservateur avait réalisé chez 65,1% des patientes. Aucun décès maternel n'a été enregistré et la létalité périnatale était de 63,1%.

Conclusion. Les principaux facteurs étiologiques pourraient être évités par un suivi prénatal de qualité et une prise en charge adéquate au moment de l'accouchement. L'accent doit être aussi mis sur le bon fonctionnement des hôpitaux de district permettant de limiter les références des patientes, qui sont sources des ruptures utérines obstétricales.

Mots Clés. Rupture utérine obstétricale. Hystérectomie obstétricale. Maternité Issaka Gazoby. Niger.

ABSTRACT

Objective: Analyze the various aspects of the obstetric uterine rupture for to contribute to improve the maternal and perinatal health.

Patients and methods: descriptive retrospective Study of 3 years, realized in the maternity Issaka Gazoby of Niamey, covering the period from January 1st, 2010 to December 31st, 2012. It concerned all the admitted patients an obstetric uterine ruptures, which the care was realized in our service. The newborns stemming from patients are included.

Results: 16042 deliveries had been registered, 195 patients presented an obstetric uterine ruptures that is a global frequency of 1,2%. The average age of the patients was of 28, 07 years with going extremes from 17 to 44 years old. Pauciparous was most often concerned in 36,9% and 51,8% of the patients had an history of cesareans section. The majority of the patients were admitted further to a transfer in utero (69,7 %). The fetus was felt during the abdominal palpation in 22,6% of the patients. The uterine ruptures was incomplete in 47,2 % and completes in 52,8% of the cases. A conservative treatment had realized in 65,1% of the patients. No maternal death was registered and the perinatal lethality was 63,1%.

Conclusion: the main etiology factors could be avoided by an antenatal quality follow-up and an adequate care in the labor of delivery period. The accent must be also put on the performance of the sanitary districts hospitals allowing to limit the references of the patients.

Keywords: Obstetric uterine rupture. Obstetric hysterectomy. Maternity Issaka Gazoby. Niger.

INTRODUCTION

La rupture utérine est l'une des complications obstétricales les plus redoutées en raison de la gravité de ses conséquences maternelles et périnatales. Les formes épidémiologiques, anatomiques, et pronostiques des ruptures utérines sont variables selon le niveau de développement socio-sanitaire des pays. Actuellement, dans les pays développés, la majorité des ruptures utérines surviennent pendant le travail chez des patientes ayant un utérus cicatriciel [1, 2]. Dans les pays en développement et particulièrement ceux de l'Afrique Subsaharienne, l'accident est fréquent, peut survenir sur un utérus cicatriciel ou sain et constitue encore une urgence obstétricale quotidienne par une insuffisance de soins obstétricaux et néonataux d'urgence [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9]. Notre étude, à la Maternité Issaka Gazoby de Niamey, maternité de référence nationale du Niger, a pour objectif d'analyser les différents aspects des ruptures utérines obstétricales en vue de contribuer à améliorer la santé maternelle et périnatale.

PATIENTES ET METHODE

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive de 3 ans, couvrant la période du 1^{er} Janvier 2010 au 31 Décembre 2012. Elle a concerné toutes les patientes admises une rupture utérine obstétricale, dont la prise en charge a été réalisée au niveau de la maternité Issaka Gazoby de Niamey. Les nouveau-nés issus des patientes sont inclus. La collecte des données a été effectuée grâce aux fiches de recueil des données collectées à partir des dossiers des patientes. Nous avons relevé les caractéristiques épidémiologiques, les données cliniques, paracliniques, thérapeutiques et pronostiques des patientes et des nouveau-nés. Les données ont été saisies et analysées avec les logiciels EXCEL®2007 et SPSS® V19. La saisie des textes a été réalisée par le logiciel Microsoft office WORD®2000.

RESULTATS

Durant la période de notre étude, 16042 accouchements avaient été réalisés au niveau de la maternité Issaka Gazoby. 195 patientes présentaient une rupture utérine obstétricale, soit une fréquence globale de 1,2%. L'analyse de la fréquence des ruptures utérines en fonction des années (Tableau I) nous permet de constater que le taux le plus important avait été notifié en 2011 (1,70% des cas) et le taux le plus bas en 2012 (0,94% des cas)

Le tableau I représente quelques caractéristiques épidémiologiques de nos patientes. L'âge moyen

Tableau I : fréquence annuelle de la rupture utérine

<i>Année</i>	<i>Nombre de rupture utérine</i>	<i>Nombre d'accouchements</i>	<i>(%)</i>
2010	64	4742	1,35
2011	75	5360	1,40
2012	56	5940	0,94
Total	195	16 042	1,22

des patientes était de 28,07 ans avec des extrêmes allant de 17 à 44 ans. La tranche d'âge la plus concernée était celle de 25-29 ans avec 63 patientes (32,3%) suivie de celle de 20-24 ans avec 55 patientes (28,2%). Les adolescentes (moins de 20 ans) représentaient 21 patientes (10,8%).

Tableau II: Caractéristiques épidémiologiques des patientes

<i>Caractéristiques des patientes</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>(%)</i>
Age (ans)		
15-19	21	10,8
20-24	55	28,2
25-29	63	32,3
30-34	34	17,4
35-39	18	9,2
40-44	4	2,1
Niveau d'instruction		
Aucun	141	72,3
Primaire	23	11,8
Secondaire	23	11,8
Supérieur	8	4,1
Statut matrimonial		
Mariées	194	99,5
Célibataires	1	0,5
Profession		
Sans	171	87,7
Fonctionnaires	16	8,2
Commerçantes	6	3,1
Elèves-Etudiantes	2	1
Parité		
Primipares (1)	39	20
Paucipares (2 à 3)	72	36,9
Multipares (4 à 5)	65	33,3
Grandes multipares (sup à 5)	19	9,8
Etat de l'utérus		
Sain	94	48,2
Unicatriciel	72	36,9
Bicatriciel	25	12,8
Tri et Quadri cicatriciel	4	2,1

Dans notre étude, nous avons enregistré une prédominance des patientes non scolarisées (141 patientes, 72,3%). 8 patientes (4,1%) avaient un niveau supérieur. 171 patientes (87,7%) étaient sans profession et 16 patientes (8,2%) des fonctionnaires. La majorité de nos patientes était mariée (194 cas, 99,5%). La parité moyenne était de 3,7 avec des extrêmes variant de 1 à 14. Les grandes paucipares représentaient la portion la plus importante (72 patientes, 36,9%) et 39 patientes (20%) étaient des primipares. 101 patientes (51,8%) avaient un utérus cicatriciel.

Dans notre étude, 82 patientes (42%) n'avaient effectué aucune consultation prénatale (CPN), 34 patientes (17,5%) entre 1 et 2 CPN, 42 patientes (21,5%) 3 CPN et 37 patientes (19%) avaient effectué un minimum de 4 CPN. 96 patientes (84,8%) avaient été suivies par des sages femmes et 17 patientes (15,2%) par des gynécologues obstétriciens. La grossesse était monofoetale chez toutes les patientes.

Dans notre étude, 59 patientes (30,3%) étaient venues d'elle-même pour un accouchement dans la maternité de référence. 136 patientes (69,7%) avaient été **référéés par les autres structures sanitaires**. 36 patientes (26,5%) étaient issues de la région de Niamey et 100 patientes (73,5%) des autres régions, parcourant ainsi une distance allant de 30 à 276 kms pour accéder à la maternité de référence. Les ambulances avaient constitué les moyens d'évacuation chez 131 patientes (67,2%). Les voitures particulières avaient transporté 57 patientes (29,2%) et 7 patientes (3,6%) avaient emprunté un transport en commun pour accéder au centre de référence.

Le motif d'admission des patientes est représenté au niveau du tableau II. 48 patientes (24,6%) étaient admises pour un travail d'accouchement, 45 patientes (23,1%) pour un utérus cicatriciel en travail d'accouchement et 20 patientes (10,3%) pour des hémorragies perpartum.

À l'admission, 39 patientes (20,1%) avaient un état général altéré. Le fœtus était palper sous la peau chez 44 patientes (22,6%) et l'utérus avait la forme en sablier chez 12 patientes (6,2%). La poche des eaux était rompue chez 112 patientes (57,5%). La dilatation cervicale était à complète chez de 84 patientes (43,1%) et 65 patientes (33,3%) étaient en phase de latence. La présentation était céphalique chez 150 patientes (76,9%), 10 présentations de siège (5,1%) avaient été notifiées et 35 présentations transverses (18%). Les bruits du cœur fœtal (BCF) étaient absents chez 58 patientes (29,7%).

Dans notre étude, la rupture utérine était survenue

suite à une application de forceps chez 3 patientes (1,5%), 13 patientes (6,7%) suite à une utilisation d'ocytocique et la rupture utérine avait été spontanée chez 179 patientes (91,8%).

Dans notre étude, 92 patientes (47,2%) avaient une rupture incomplète, sous séreuse et 103 patientes (52,8%) une rupture complète. 86 patientes (44,1%) avaient une rupture complète segmentaire et 17 patientes (8,7%), une rupture utérine complète corporéale. Aucune lésion n'était associée à la rupture utérine chez 138 patientes (70,8%). 6 patientes (3,1%) présentaient des lésions vésicales, 33 patientes (16,9%) des lésions cervicales et 18 patientes (9,2%) des lésions vaginales.

Dans notre étude, 127 patientes (65,1%) avaient bénéficié d'un traitement conservateur, 60 patientes (30,8) d'une hystérectomie totale et 8 patientes (4,1%) d'une hystérectomie subtotale.

La durée moyenne d'hospitalisation des patientes a été de 7,49 jours. 106 patientes (64,6%) avaient une durée d'hospitalisation de 4 à 6 jours avec des extrêmes allant de 3 à 30 jours. La morbidité maternelle a été dominée par la survenue d'une anémie (26 patientes 13,3%) et 14 patientes (7,2%) avaient présenté une suppuration pariétale. Aucun décès maternel n'a été enregistré durant la période de notre étude.

Dans notre étude, 116 nouveau-nés (59,5%) étaient mort-nés. 60 nouveau-nés (30,8%) avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 7 à cinq minutes. Le poids moyen à la naissance était de 2979,74 grammes avec des extrêmes allant de 525g et de 4500g. 131 nouveau-nés (67,20%) avaient un poids compris entre 2500g et 3500g et 39 nouveau-nés (20,1%) avaient un poids variant de 3501g à 4500 g. Le décès périnatal a concerné 123 nouveau-nés (63,1%).

Tableau III: Répartition des patientes selon le motif d'admission.

<i>Motif d'admission</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>(%)</i>
Travail d'accouchement	48	24,6
Utérus cicatriciel	45	23,1
Hémorragies per partum	20	10,3
Dystocie mécanique	19	9,7
Rupture utérine	14	7,2
Présentations dystociques	13	6,7
Dystocie dynamique	11	5,6
Souffrance fœtale aigue	11	5,6
Syndrome de pré rupture	9	4,6
Disproportions foeto-pelviennes	5	2,6
Total	195	100

DISCUSSION

La rupture utérine est l'une des complications obstétricales les plus redoutées en raison de la gravité de ses conséquences maternelles et périnatales. Au cours de notre étude, la fréquence des ruptures utérines était de 1,2% des accouchements. Nous avons constaté une tendance à la baisse des ruptures utérines dans le même service. Diallo.F.B et coll, [10] en 1996, avaient enregistré une fréquence de 1,8% des accouchements. Vangeenderhuysen [11] en 1998 avait enregistré 2.3%. Kodo [12] en 2009 et Saidou.S [13] en 2001 avaient enregistré respectivement 1,60% et 2,85% des cas. Cette diminution de la fréquence des ruptures utérines pourrait s'expliquer par l'amélioration du fonctionnement de certains centres sanitaires environnants, l'introduction depuis 2006 dans notre pays, du module de formation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et de la gratuité des certaines prestations dans le domaine de la santé de la reproduction (contraception, consultation prénatale, opération césarienne, prise en charge de enfants de 0 à 5 ans). Le taux de rupture utérine en Afrique noire selon la littérature varie entre 0,13% et 3,3% [3,4,5,6,7,8,9,14]. Dans les pays industrialisés, l'incidence de la rupture utérine en cas d'utérus sain est très faible, de l'ordre de 0,5 à 3/10 000 accouchements et en cas d'utérus cicatriciel, elle est de l'ordre de 0,2 à 0,8 % [1,2].

Dans notre étude, l'âge moyen de nos patientes était de 28,07 ans, avec des extrêmes de 17 et 44 ans. La tranche d'âge 25-35 ans était la plus concernée avec 49,7% des patientes. Cette tranche d'âge est la plus concernée un peu partout en Afrique [3,4,5,6,7,8,9,14,15]. Elle correspond à la période où les femmes sont au maximum de leur fertilité.

Selon la littérature [1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11], la fréquence de rupture utérine croît avec la parité et la grande multiparité est évoquée comme facteur de risque de rupture utérine. Ainsi Bohoussou [16] en Côte d'Ivoire, Keita [17] en Guinée-Conakry, Lankoandé [8] au Burkina Faso avaient constaté que le risque de rupture utérine devenait plus important à partir de la cinquième parité. Vavdin et coll. [19] au Rwanda indiquaient dans leur étude que 56% des patientes étaient à leur cinquième parité au plus. Pour Qi Li Ya [7] au Mali, la multiparité avait été la plus incriminée avec un de 98% alors qu'Alihonou [18] au Bénin avait constaté que 30,6% des patientes étaient des grandes multipares. Dans notre série, nous avons retrouvé que 36,9% des patientes étaient des

paucipares et 43,1% des patientes des multipares et grandes multipares. Dans notre étude 20% des patientes étaient des primipares : conséquences des accouchements dystociques et des références tardives des patientes.

Actuellement les utérus cicatriciels sont considérés comme des facteurs de risque de survenue de la rupture utérine par beaucoup d'auteurs [1,2,3,4,5,6,20,21,22,23]. Dans notre série, 51,8% des patientes avaient un utérus cicatriciel. Ce taux était en 2009 de 38,59% [12] dans le même service. Une meilleure sélection des patientes pour décider de la voie et du lieu d'accouchement au cours des CPN, est impérative dans notre pays. La rupture utérine sur utérus sain est devenue exceptionnelle dans les pays à haut niveau socioéconomique. Son incidence est estimée entre 0,2 et 0,8 pour 10 000 accouchements [1, 2] alors qu'elle est beaucoup plus élevée dans nos régions (de l'ordre de 45 à 85%) [3, 4, 5, 6, 7]. Dans notre étude, 48,2% des patientes avaient rompue sur un utérus sain. Ces ruptures selon la littérature [1, 2, 6, 9, 10, 11, 16, 17, 21, 22, 23] sont souvent observées en cas de disproportion fœto-pelvienne méconnue, de présentations dystociques (présentation de l'épaule, de front, face enclavée), de mort in utero macérée avec expulsion retardée dans un contexte septique, en cas d'usage abusif des ocytociques et de prostaglandines ou de manœuvres obstétricales mal indiquées et mal exécutées. Il s'agit souvent de ruptures verticales latérales paramétriales, susceptibles d'atteindre plus fréquemment le col utérin, le vagin, la vessie, le pédicule vasculaire utérin homolatéral et les uretères. Elles peuvent cependant concerner les différentes parties du corps utérin. Cela implique dans nos régions, un examen minutieux des femmes lors des CPN, une meilleure surveillance des patientes lors du travail d'accouchement, des transferts précoces et adaptées des patientes et une maîtrise parfaite des manœuvres obstétricales.

Dans notre étude, le traitement conservateur avait réalisé chez 65,1% des patientes et une hystérectomie chez 34,9% des patientes suite à une impossibilité technique de réparation ou un échec du traitement conservateur. Le taux de traitement conservateur est en progression dans notre service, il était de 56% des cas en 1998 [11]. La sanction chirurgicale en cas de rupture utérine, est fonction de l'étendue et l'ancienneté des lésions, de l'état antérieur de l'utérus, de l'âge et de la parité de la patiente, du désir ou non de maternité. Ngalé [9] en RCA, El Mansour [22] au Maroc et Qi Li Ya [7] au Mali avaient trouvé respectivement 91,4%, 84% et 76,2% pour le traitement conservateur. Par contre la

chirurgie a été beaucoup plus radicale dans les séries de Akpadza [21] au Togo et de Cissé [23] au Sénégal qui trouvent respectivement 81,4% et 78% des cas.

La rupture utérine est une complication grave de la grossesse et parfois dramatique. Elle est grevée d'une morbidité et d'une mortalité maternelles et périnatales importantes, surtout dans nos régions. Dans notre étude, le taux de létalité périnatale était de 63,1% des cas. Le caractère fœticide des ruptures utérines a été noté par Privat [20] en Côte d'Ivoire, Qi Li Ya [7] au Mali et Ngalé [9] en RCA qui ont noté respectivement 92,6% ; 95,2% et 83% de mort fœtale.

Dans notre série, aucun décès maternel n'a été enregistré. La létalité maternelle était de 16% en 1998 [11] dans le même service. Les séries africaines [3,5,6,7,8,9,14,15,18,22] notent des taux de létalité maternelle variant de 4,24 à 25.16% des cas, témoin des moyens et des conditions de la prise en charge des patientes.

CONCLUSION

La rupture utérine obstétricale est une complication fréquente à la maternité Issaka Gazoby de Niamey. La morbidité et la mortalité maternelles et périnatales sont très élevées, mais évitables. Les principaux facteurs étiologiques pourraient être évités par un suivi prénatal de qualité et une prise en charge adéquate au moment de l'accouchement. L'accent doit être aussi mis sur le bon fonctionnement des hôpitaux de district permettant de limiter les références des patientes, sont sources des ruptures utérines obstétricales.

REFERENCES

1. Parent O. Rupture utérine : prédiction, diagnostic et prise en charge. *J Gynécol Obstét Biol Reprod*, Volume 41, (décembre 2012), 803-816
2. Guyot A, Carbonnel M, Frey C, Pharisien I, Uzan M, Carbillon L. Rupture utérine : facteurs de risque, complications maternelles et fœtales. *J Gynécol Obstét Biol Reprod*, Volume 39, (mai 2010), 238-245
3. Sepou A, Yanza MC, Nguembi E, Ngalé R, Kouriah G, Kouabosso A, Nali MN. Les ruptures utérines à la maternité de l'Hôpital Communautaire de Bangui. *Med Trop*, 2002 ; 62 (5) : 517-520
4. Ahmadi S, Nouira M, Bibi M, Boughuizane S, Saidi H, Chaib A, Khairi H. Rupture utérine sur utérus sain gravide. À propos de 28 cas. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* Volume 31, Issue 9, September 2003, Pages 713-717
5. Gueye S.M.K, Moreau J.C, Moreira P, Cissé C.T,

- De Bernis.L, Diadiou F. Ruptures utérines au Sénégal Résultats de deux enquêtes effectuées en 1992 et 1996. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* Vol 30, N° 7, Novembre 2001 : 700-705
6. Koné N, Diarra S. Rupture utérine au cours de la grossesse. *Encycl. Med Chr* (Paris France), Obstétrique, 1995 ; 5-080-A-10 : 1995-1997.
7. Qi Li Ya, Chen Yu, Dolo.A. La rupture utérine à l'hôpital régional de Sikasso - A propos de 126 cas. *Médecine d'Afrique Noire - N° 4702 - Février 2000 - pages 111-113*
8. Lankoandé J., Ouédraogo CH., Touré B., Ouédraogo A., Dao B., Koné B. Les ruptures utérines obstétricales à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou. A propos de 80 cas colligés en une année d'activité obstétricale. *Médecine d'Afrique Noire* : 1998, 45 (5), 311-315
9. Ngalé R.N., Gaunefet C.E., Koïrokpï A., Goddot/Nangouma N.M.J., Koé K.G., Songo-Kette T., Heredeibona L.S., Serdouma E., Sépou A. Evolution des ruptures utérines à la maternité de l'hôpital communautaire de Bangui. *Médecine d'Afrique Noire* 5902 - Février 2012 - pages 65-69
10. Diallo FB, Idi N, Vangeenderhuysen C, Baraka D, Adiza I, Sahabi B, Labo I, Daré M, Garba M. Rupture utérine à la maternité de référence de Niamey (Niger). Aspects épidémiologiques et stratégies de prévention. *Méd. Afr. Noire* : 1998 ; 45(5) : 310-315.
11. Vangeenderhuysen C, Souidi A. Les ruptures Utérines sur utérus gravide. Etude des 63 cas à la maternité de référence de Niamey (Niger). *Med trop*. 2009 ; 62 (6) : 615-618.
12. Kodo A. Rupture utérine à la maternité Issaka Gazobi de Niamey (Niger). A propos de 185 cas colligés de 2006 à 2009. Thèse de Doctorat en médecine 2011.
13. E. Saidou. S. Rupture utérine à la maternité Issaka Gazobi de Niamey (Niger) à propos de 272 cas colligés de 1998 à 2001. Thèse de doctorat en médecine 2001
14. Rasolonjatovo JDC, Randaoharison PG, Randrianirina JBS, Randrianarison P., Rasolofondraibe A. Prévalence des ruptures utérines à Antsirabé Madagascar. *Médecine d'Afrique Noire - N° 5210 - Octobre 2005 - pages 525-528*
15. Tebeu PM, Kouam L, Major AL, Ludicke F, Doh AS. Rupture utérine sur mort fœtale intra-utérine : une complication du Misoprostol et de l'Ocytocine. *Médecine d'Afrique Noire - N° 5106 - Juin 2004 - pages 321-324*

16. Bohoussou KM, Houphouet KB, Koné N, Blal M, Diby A, Tanoh L. Les ruptures utérines au cours du travail. Evolution 10 ans après à propos de 245 cas. Afr Méd. 1990 ; 29 : 497-501
17. Keita N, Diallo M. S, Ijazy H, Barry M D, Touré B. Ruptures utérines. A propos de 155 cas observés à Conakry (République de Guinée). J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1989;18(8):1041-7.
18. Alihonou E, Aguessy Ahyi B, Akotchou L. Les ruptures utérines, Facteurs favorisants et mesures prophylactiques. Dakar Méd. 1983 ; 28 : 553-559
19. Vavdin F, Munyemana S, Sebazunga P, Clerger Gurnaud JM. Les ruptures utérines au Rwanda (à propos de 87 cas). Méd. Trop 1983 ; 43 : 37-43
20. Privat K, Djanhan Y, Doumbia Y, Djanhan L, Ouattara M. La rupture utérine : aspect épidémiologique et pronostic fœto-maternel à la maternité du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire) Rev. CAMES-Série A, Vol. 05, 2007
21. Akpadza K, Kotor K. T, Baeta S, Hodonou A K S. Les ruptures utérines au cours du travail au centre hospitalier régional de Sokodé (Togo). Médecine d'Afrique Noire : 1994, 41(11) 604-607
22. El Manssouri A. La rupture utérine : à propos de 50 cas. Rev. Fr. Gynéco Obstét, 1995, 1990, 4, 208-214
23. Cissé C T, Faye E.O, L. De Bernis, Diadhiou F. Rupture utérine au Sénégal. Epidémiologie et qualité de la prise en charge. Méd. Trop 2002 ; 62 : 619-622