

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

Année 1979

N°

79-11-10

LES RUPTURES UTERINES
A propos de 61 cas observés à l'hôpital
du Point-G Bamako

THESE

Présentée et soutenue publiquement le Novembre 1979
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

par: Mamady KANE
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Examineurs:

Professeur L. P. DOUTRE

Président

Professeur Mamadou Lamine TRAORE

Juges

Professeur Mamadou DEMBELE

Docteur Moctar DIOP

Tallica synthetizirane
kos observat

4. tallica.

INTRODUCTION

" La rupture utérine est une solution de continuité étendue de l'utérus gravide, spontanée ou provoquée, complète ou incomplète de la grossesse ou de l'accouchement intéressant le corps utérin ou le segment inférieur ou les deux à la fois (LAFFONT et BONAFOS).

Ces auteurs excluent :

- les perforations utérines qui ont des circonstances étiologiques et une clinique particulières ; sachant que les séquelles de cicatrice de perforation peuvent parfois être incriminées à l'origine d'une rupture ultérieure.
- les déchirures ou éclatement limités du col utérin,
- les plaies de l'utérus gravide d'origine traumatique par agent vulnérant ayant au préalable traversé la paroi abdominale."

Urgence obstétricale des plus graves, la rupture utérine est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays hautement médicalisés grâce aux moyens de surveillance obstétricale de plus en plus perfectionnés et des techniques chirurgicales et de réanimation bien conçues.

Dans les pays en voie de développement et dans les pays africains en particulier, elle est encore d'actualité, du fait notamment de l'insuffisance de l'infrastructure socio-sanitaire.

Le Mali ne fait pas exception à cette règle et la rupture utérine en pratique chirurgico-obstétricale n'est pas rare ; elle pose des problèmes importants tant sur le plan diagnostique que thérapeutique.

Nous rapportons ici 61 cas de ruptures utérines observés entre janvier 1976 et juin 1979 à l'hôpital du Point-"G", le plus grand centre hospitalier du Mali, qui comporte un service de maternité intégré aux services de chirurgie.

C'est une maternité à tendance chirurgicale recevant les accouchements dystociques essentiellement.

D'une capacité de 24 lits, notre maternité reçoit des parturientes provenant de toutes les régions du pays sans distinction.

En dehors des heures de travail, les urgences obstétricales sont reçues par l'équipe chirurgicale qui assure la permanence.

Notre étude comprendra le plan suivant :

Après une historique de la question, puis un rappel anatomique et physiologique de l'utérus gravide, l'analyse de nos observations qui sera suivie de leurs commentaires et discussions sur les plans de la fréquence, de l'étiologie, de l'anatomie pathologique, du mécanisme, de la symptomatologie et du pronostic des ruptures utérines, nous insisterons sur les moyens thérapeutiques ensuite avant d'aborder nos conclusions.

HISTORIQUE

Ainsi que l'écrivent LAFFONT et BONAFOS, " de tout temps dans l'histoire de l'obstétrique, il a été question de déchirures de l'utérus ".

Mais l'étiologie et le mécanisme étaient totalement méconnus. Il faut attendre le début du XVIII^e siècle où GUILLEMEAU dans son ouvrage " de la grossesse et de l'accouchement " (1620) montre toute la gravité du pronostic qu'entraîne chez la femme enceinte la déchirure du muscle utérin ; il y avait beaucoup de points obscurs et il faut attendre la moitié du siècle suivant pour voir paraître des travaux sérieux à ce sujet ; notamment CRANTZ dans sa thèse (1756) et BAUDELOQUE qui, le premier combattit la conception répandue " que de violents mouvements de l'enfant provoquaient la rupture de la matrice." Il interprète correctement le rôle de certains obstacles obstétricaux et met l'accent sur les contractions subintrantes de l'utérus comme facteur déclanchant.

Nombreux auteurs tentèrent d'éclaircir la pathogénie des accidents de la rupture utérine : PUZOS, LACHAPRELE, DUPARC, LEVRET ; ce dernier mettait l'accent sur la nécessité d'un diagnostic précoce et voyait le seul moyen de sauver la mère par la laparotomie immédiate. Mais à l'époque il jugeait cette dernière irréalisable. Et beaucoup d'accoucheurs de cette époque se cantonnaient dans l'expectative et même l'inaction.

De nombreux autres auteurs vinrent apporter leur tribut : SIEBOLD (1823) fit la première description détaillée d'une rupture incomplète.

OSLANDER (1825) fit la différenciation entre la rupture spontanée et la rupture traumatique.

Il faut arriver à MICHAELIS et à BANDL pour qu'une contribution importante soit apportée à ce chapitre.

MICHAELIS reconnaît les principales causes de ruptures : disproportion entre la tête et le bassin, la présentation transversale ; il fait la distinction de la menace de rupture et la rupture déjà constituée et interprète l'incarcération du museau de tanche entre le mobile foetal qui progresse et le bassin, condition essentielle à une déchirure.

BANDL fait remarquer l'importance clinique du segment inférieur de l'utérus gravide, élément passif qui s'étire et s'amincit au fur et à mesure des contractions, expliquant ainsi la fréquence des ruptures au niveau de ce segment. Pour lui, l'étiologie de la rupture utérine se résumait dans la seule dystocie foeto-pelvienne ; cet auteur se refusait de reconnaître d'autres causes éventuelles.

D'autres auteurs comme ANTOINE, FREUND, ZWELFEL remettent en vedette les modifications pathologiques du muscle utérin.

A partir de cette époque, les préoccupations pathogéniques passent au second plan pour s'effacer devant l'importance sans cesse croissante des problèmes thérapeutiques.

SAUVAGE en 1902 étudie l'anatomie pathologique et le traitement.

Depuis, plusieurs centaines de publications ont paru dans la littérature mondiale.

En Afrique traditionnelle, l'accouchement a toujours été pratiqué par les femmes. L'art d'accoucher était transmis de mère en fille dans une même famille qui en détenait l'exclusivité dans le village.

Ignorant totalement la physiologie, les manoeuvres de version, l'instrumentation, ces accoucheuses traditionnelles étaient totalement désarmées face aux dystocies vraies et les mettaient au compte d'une infidélité de la femme ou du mauvais sort. On comprend alors aisément la grande fréquence des complications au cours de l'accouchement et notamment des ruptures utérines dans de telles circonstances.

Or dans nos pays la très grande majorité des accouchements se fait à la maison, les malades ne sont envoyées à l'hôpital que devant une complication.

Les études faites en Afrique sur les ruptures utérines datent des 20 dernières années. Elles montrent toutes la grande fréquence et la particulière gravité de cette affection.

Les premières études ont été faites en Algérie, au Maroc et en Tunisie.

En Afrique occidentale nous retiendront les travaux de LECANNELIER, de CORREA et coll. (Dakar), VOVOR (Togo), CAER et coll., BOUICHOU, RENAULD et col. (Côte d'Ivoire).

Au Mali, nous avons relevé un travail de P. DEFONTAINE fait en 1976 comme seule étude sur les ruptures utérines.

! !
RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE
! !

I - ANATOMIE DE L'UTERUS GRAVIDE

L'utérus non gravide est entièrement situé dans la cavité pelvienne, entre la vessie en avant, le rectum en arrière et au-dessous des anses intestinales.

Il mesure 6,5 cm de long dont 3,5 cm pour le corps, 2,5 cm pour le col et 1/2 cm pour l'isthme.

Il pèse de 40 à 60 g et sa capacité est de 4 à 8 cc. La paroi utérine, épaisse de 1 cm présente 3 tuniques : :

- l'endomètre ou muqueuse
- le myomètre ou musculaire, très épaisse qui développera la force expulsive nécessaire au moment de l'accouchement
- le péritoine.

L'utérus gravide, à terme, mesure 30 à 33 cm et une capacité de 400 cc. Ces importantes modifications entraînent une individualisation marquée de trois parties de l'utérus :

1). le corps utérin : subit les modifications les plus importantes.

La couche musculaire très développée à ce niveau (jusqu'à 2 ou 3 cm à 4 mois, moins à terme) est constituée pour moitié de tissu conjonctif et pour moitié de fibres musculaires. Le péritoine est intimement adhérent sur l'ensemble du corps utérin.

Ces dispositions expliquent que les bords de l'hystérotomie sont épais au niveau du corps utérin, les sutures seront difficiles à poser, à serrer et à bien affronter.

Du fait de l'adhérence intime de la sereuse péritonéale à la paroi proprement musculaire, il est impossible de protéger la suture par une péritonisation correcte.

Ainsi s'explique la médiocre qualité des cicatrices corporéales.

2). Le segment inférieur, situé entre le corps et le col, formé aux dépens de l'isthme et de la partie basse du corps utérin, ne s'individualise que dans le dernier trimestre de la grossesse.

Sa paroi antérieure est plus longue (9 à 10 cm) que la postérieure. Sa largeur est d'environ 10 cm. Ses limites sont :

- en bas : l'orifice interne du col

- en haut : la limite supérieure est moins nette (transition insensible avec le corps utérin)

Trois particularités caractérisent sa structure :

- c'est d'une part la minceur de sa paroi, minceur qui augmente au fur et à mesure que l'on approche du terme de la grossesse et qui sera maximale au moment du travail.

- c'est d'autre part l'extrême importance du tissu conjonctif par rapport aux fibres musculaires. Cette pauvreté en éléments musculaires atteint elle aussi son maximum au moment du travail.

- c'est enfin la faible adhérence du péritoine qui va se laisser décoller facilement à ce niveau lors de l'hystérotomie.

Ainsi ces considérations anatomiques et chirurgicales expliquent que le segment inférieur, par sa minceur particulière, soit le siège électif des ruptures utérines.

" Ruptures utérines et ruptures segmentaires sont synonymes." (MERGER). En revanche, la minceur du segment inférieur explique la qualité bien meilleure d'une cicatrice d'hystérotomie à ce niveau, car les sutures utérines sont plus faciles à poser et les noeuds plus simples à nouer ; le péritoine, facilement décollable permet de réaliser une bonne péritonisation.

3). Le col utérin : contrairement au corps, il se modifie peu pendant la grossesse. Lors de la gestation, le volume et la longueur changent peu. La consistance devient plus molle.

Les orifices restent fermés jusqu'au travail chez la primipare. Chez la multipare, les aspects des deux orifices sont plus variables.

Il est fréquent que l'orifice externe soit perméable pendant les derniers mois de la grossesse, devenant évasé.

II - RAPPORTS DE L'UTERUS GRAVIDE

1). au début de la grossesse, les rapports de l'utérus pelvien sont les mêmes en dehors de la grossesse :

- en avant : la face postéro-supérieure de la vessie par l'intermédiaire du cul-de-sac vésico-utérin.

- en arrière : le rectum par l'intermédiaire du cul-de-sac de Douglas, mais aussi les anses grêles et le côlon iléo-pelvien.

- les bords latéraux sont en rapport avec les ligaments larges, tandis que les angles se continuent avec les trompes utérines et que s'écartent ligaments ronds et utéro-ovariens.

2). à terme : le corps utérin est abdominal et, par l'intermédiaire du péritoine, les rapports de l'utérus sont :

a). face antérieure : répond à la paroi abdominale antérieure

b). face postérieure : répond directement à la colonne vertébrale doublée, à gauche par l'aorte, et à droite par la veine cave inférieure ; plus latéralement les deux muscles psoas croisés par les uretères et une partie des anses grêles, notamment gauche.

c). fond utérin : soulève en haut le côlon transverse et l'épiploon, tandis que l'estomac refoulé tend à glisser en arrière.

A droite, il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire.

d). bord droit : regarde en avant et entre en rapport avec le sacrum et le côlon ascendant.

c). bord gauche : regarde en avant.

Il entre en rapport avec les anses grêles refoulées et en arrière avec le côlon sigmoïde.

Les rapports du segment inférieur tirent toute leur importance du caractère éminemment chirurgical de la face antérieure de cette portion de l'utérus gravide.

a). la face antérieure : recouverte du péritoine vésical solide et peu adhérent, limité par le cul-de-sac vésico-utérin, réflexion du péritoine utérin sur la vessie.

b). la face postérieure : en arrière, le péritoine vésical se refléchit sur le rectum pour former le cul-de-sac de Douglas. Par son intermédiaire, la face postérieure répond au rectum et plus loin, au sacrum et au promontoire ; en bas viennent prendre attache les ligaments utéro-sacrés.

c). les bords latéraux entrent en rapport avec les éléments contenus dans l'écartement des feuillets péritoniaux du ligament large et plus précisément avec les éléments situés au niveau de la base du ligament large ; c'est-à-dire les vaisseaux utérins notamment l'artère utérine croisée par l'uretère pelvien.

III - VASCULARISATION

L'utérus est vascularisé par :

- l'artère utérine : branche de l'hypogastrique. Elle réjoint le bord latéral de l'utérus qu'elle suit d'arrière en avant. Elle abandonne de nombreuses branches pour le muscle utérin, ainsi que quelques branches pour la vessie et le vagin. Elle se termine en s'anastomosant avec l'artère ovarienne.
- la veine est satellite de l'artère. Il existe un plexus veineux latéro-utérin.

Au cours de la grossesse, artères et veines utérins connaissent un développement considérable de leur longueur et de leur calibre. A l'intérieur du myomètre, les veines sont dépourvues d'aventice (plus grande fragilité.)

IV - PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS GRAVIDE

L'utérus se contracte d'un bout à l'autre de la grossesse, contractions espacées, peu intenses et indolores au début ; ou contractions rapprochées, plus violentes et douloureuses de la fin de la grossesse et du travail.

La contraction utérine constitue d'ailleurs l'essentiel de l'activité de l'utérus gravide.

Elle résulte d'un raccourcissement des chaînes de protéines contractiles ou actomyosines, grâce à l'énergie libérée par l'adénosine-triphosphate en présence d'ions.

Cette activité peut naître de n'importe quel point du muscle utérin contrairement aux anciennes théories.

Sa propagation est entourée d'incertitude, la conduction est purement musculaire et ne met en jeu aucune formation nerveuse.

Pendant les 30 premières semaines de la gestation, l'activité utérine est faible. Elle consiste en de nombreuses et minimes contractions (une par minute) très localisées, avec de temps à autre une contraction plus intense et plus étendue : contraction de BRAXTON-HICKS.

A partir de la 30^e semaine, l'activité utérine augmente lentement et régulièrement, les contractions de BRAXTON-HICKS sont plus fréquentes et plus intenses et intéressent une plus grande partie de l'utérus. C'est le prétravail au cours duquel s'effectue la "maturation du col".

Cette évolution de la contractilité spontanée s'accuse et le travail "cliniquement évident" commence lorsque l'activité utérine atteint 80 à 120 unités Montévidéo. Il n'y a pas de lignes de démarcation tranchée entre prétravail et travail. Cette transformation de l'activité est progressive et de nombreuses théories tentent de l'expliquer, notamment "celle de la levée du bloc progestéronique" et celle de "l'ocytocine".

L'activité utérine a un double but :

- la dilatation du col
- l'accommodation foeto-pelvienne.

1). La dilatation du col : c'est le principal et le plus long temps de l'accouchement. Elle comprend plusieurs étapes :

a). une phase préliminaire : la formation du segment inférieur. Elle s'effectue dans les dernières semaines de la gestation évidemment sous l'effet de la pression exercée par les contractions utérines et du tonus permanent de l'utérus. Elle se fait aux dépens de l'isthme utérin démusclé, élastique, aminci qui s'individualise nettement du reste de l'utérus. Le segment inférieur formé s'éroule sur la présentation par sa tonicité propre et son élasticité, rendant la présentation immobile. C'est l'adaptation foeto-segmentaire.

b). une phase concomitante : décollement du pôle inférieur de l'oeuf et la formation de la poche des eaux.

c). une phase de réalisation : qui est la dilatation proprement dite.

Du point de vue mécanisme, les discussions ne sont pas encore closes. Mais tous les auteurs admettent que l'effacement et la dilatation du col nécessitent :

- de bonnes contractions utérines
- un segment inférieur bien formé qui transmet les forces à un col préparé
- une présentation adéquate qui plonge dans un bassin normal ou à défaut une poche des eaux qui joue le rôle d'un coin dilatateur
- donc une bonne accommodation foeto-pelvienne

2). L'accommodation : comprend :

- l'engagement : qui est le franchissement par la présentation de l'aire du détroit supérieur
- la descente et la rotation intra-pelvienne
- le dégagement : ici, la contraction utérine seule ne suffit pas. C'est associé à la contraction des muscles abdominaux et au reflexe de poussée que l'expulsion du fœtus a lieu.

En conclusion de cette étude physiologique, nous dirons que la contraction utérine constitue la force motrice de l'utérus gravide qui préside aux phénomènes préparatoires de l'accouchement et à l'accouchement lui-même. Ces mêmes contractions assurent l'hémostase après la délivrance.

Si un obstacle existe ou si la musculature utérine est de mauvaise qualité, le mécanisme normal de l'accouchement se trouve alors perturbé, l'utérus lutte et si cette cause persiste, l'utérus finira par se rompre. Nous en reviendrons dans le chapitre sur le mécanisme des ruptures utérines.

Cette rupture se fera volontiers dans la partie la plus fragile, le segment inférieur, de par sa constitution et surtout le rôle particulier qu'il joue.

Quand la rupture intéresse les bords latéraux qui contiennent les vaisseaux, l'hémorragie sera très importante et posera le problème du choc qui rend le pronostic des ruptures utérines plus sombre comme le témoignent bon nombre de nos observations.

Nous rapportons ici 61 cas de ruptures utérines traités à l'hôpital du Point-"G" entre le 1er janvier 1976 et le 30 juin 1979, soit une période de trois ans et demi.

Pour 51 cas de rupture, nous avons tiré des renseignements à partir :

- des cahiers d'admission et urgences
- des cahiers de soins
- des compte-rendus opératoires
- des registres d'accouchements et de décès.

Les 10 autres cas ont été observés et traités de janvier à juin 1979, période pendant laquelle nous sommes resté dans le service de la maternité du Point-"G".

Ces observations nous permettront de dégager les caractères étiologiques, les aspects anatomo-pathologiques, le mécanisme et la traduction clinique des ruptures utérines en pratique malienne.

Cette étude nous permettra d'envisager les moyens thérapeutiques en général et la prophylaxie en particulier car comme le dit Gitta GOLDBERG " si l'on veut actuellement d'un mot résumer tout l'intérêt de l'étude des ruptures utérines, il faudrait écrire en tête de notre travail prophylaxie." :

- prophylaxie des accidents de rupture, grâce à la connaissance approfondie de leur étiologie et de leur pathogénie,
- prophylaxie des conséquences d'une rupture ignorée grâce à une parfaite notion des différents aspects cliniques que l'on peut être amené à observer,
- prophylaxie des séquelles : stérilité, castration, aménorrhée post-opératoire par la tendance conservatrice du traitement poussé aussi loin que possible.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N°1:

Mme .B.C., âgée de 32 ans environ, 8è pare dont 6 vivants, est évacuée de Kati pour procidence du cordon et d'un pied.

A l'arrivée le même jour 26 JANVIER 1976, l'examen montre:

H.U. = 28 CM

B.C.F. présents mais accélérés.

Dilatation du col à 5 Francs.

Après version interne, l'accouchement s'effectua normalement.

Mais hémorragie importante rebelle après la délivrance oblige une revision utérine qui découvre la rupture.

La laparotomie médiane sous ombilicale montre dès l'ouverture du péritoine une rupture sous peritonéale latérale droite du segment inférieur et un gros hematome.

On pratique une hysterectomie subtotale avec suture du moignon et suspension à l'aide du ligament rond, péritonisation et fermeture de la paroi abdominale plan par plan.

Enfant vivant réaminé, suites opératoires bonnes.

OBSERVATION N°2

Mme F.D, menagère, âgée de 30 ans environ, 7è pare, est évacuée de Djoïla pour dystocie dynamique.

A l'arrivée le 2 FEVRIER 1976, on notait :

H.U. = 31 CM

B.C.F. non perçus

Col perméable à 5 Francs

T.A. 6 pour la maxima

On fait une transfusion de sang isogroupe A+, une perfusion de serum glucosé enrichi puis on pratique le même jour une césarienne.

On tombe sur un fœtus mort et le placenta dans la cavité abdominale.

Il existe une déchirure verticale de la face laterale droite du corps uterin.

On pratique une hysterectomie subtotale.

Femme est decedée au 2è jour de l'intervention par hypotension

OBSERVATION N°3

Mme K.D, menagère, âgée de 38 ans, 11è pare dont 7 vivants, est reçu^e dans le service le 12 FEVRIER 1976 pour grossesse à terme en travail depuis 24 heures.

L'examen montre:

Un uterus tétanisé

Les B.C.F. ne sont pas audibles

Un état de choc

Globe vesical dont le sondage ramène du sang.

Réanimation préopératoire intense puis césarienne.

Dès l'ouverture du péritoire, on tombe sur un liquide amniotique contenant du méconium, sur une brèche longitudinale allant du fond uterin jusqu'au vagin.

Par cette brèche on extrait foetus mort, puis suture.

Ligature des trompes, peritonisation et fermeture de la paroi abdominale plan par plan.

Guerison de la femme.

OBSERVATION N°4

Mme B.M, 8è pare, âgée de 32 ans environ, menagère est évacuée de Banamba pour arrêt du travail après épreuve du travail.

L'examen à l'arrivée 25 MARS 1976:

Globe vesical dont sondage ramène du sang

H.U. = 37 CM

B.C.F. absents

Palpation du foetus sous la paroi abdominale.

Pouls rapide, filant, respiration superficielle, sueurs sur tout le corps.

On fait transfusion de sang isogroupe, serum glucosé + adrenoxy^e et dicynone, oxygenotherapie.

Césarienne permet extraction d'un foetus mort et du placenta qui ~~étaient~~ étaient dans la grande cavité abdominale.

IL existe une large déchirure transversale à la jonction du segment inferieur et du corps uterin sur les 3/4 de la circonférence.

La brèche superieure est necrosée sur toute l'épaisseur du myomètre, corps uterin est largement infiltré et necrosé.

IL existe un volumineux hematome des ligaments larges.

On pratique une Hysterectomie subtotale.

Femme decedée le même jour par hypotension.

OBSERVATION N°5

Mme F.F, 22 ans, menagère, 3è pare anterieurement césarisée pour souffrance foetale et prérupture, est reçue le 5 MAI 1976 pour grossesse à terme en travail.

A l'exmen :

- Douleurs très importantes
- B.C.F. absents
- Présentation haute
- Etat général satisfaisant.

Cesarienne immédiate.

On extrait un foetus mort.

IL existe une brèche au niveau du segment inferieur (désunion de l'ancienne cicatrice) qui se prolonge jusqu'à la face laterale gauche au cul de sac vaginal.

On fait une délivrance artificielle et une suture de la brèche
Suites opératoires satisfaisantes.

OBSERVATION N°6

Mme M.T, menagère, âgée de 23 ans, 3è pare est reçu le 19 Mai 1976 pour travail prolongé de 72 heures.

L'examen clinique note:

Un abdomen déformé, globuleux, masse sus pubienne.

B.CF absents, arrêt du travail .

Col à dilatation complète, présentation haute.

Femme choquée.

Réanimation puis cesarienne.

A l'ouverture de l'absomen, on tombe sur une vessie oedematiée adhérent intimement à l'uterus qui forme un bloc compact.

On extrait un gros foetus de 3 Kg 870 et le placenta.

IL existe une rupture segmentaire avec des bords cartonnés necrosés.

On pratique une hysterectomie subtotale, peritonisation soigneuse, toilette abdominale et fermeture de la paroi abdominale plan par plan.

Femme decedée au 2è jour par hypotension.

OBSERVATION N°7

Mme K.D., menagère, 21 ans, 2è pare.
 Une césarienne dans les antécédents.
 Reçue pour grossesse à terme en travail.
 L'examen à l'arrivée le 19 Mai 1976 montre:

H.U. = 31 CM

B.C.F. présents

Col ouvert à 2 doigts

Douleurs vives dans les flancs.

Hémorragie utérine.

Césarienne immédiate permet extraction d'un enfant vivant.
 IL y a une désunion de l'ancienne cicatrice segmentaire.
 On suture la brèche . Guérison de la femme.

OBSERVATION N°8

Mme S.K., menagère, âgée de 24 ans, 3è pare.
 Accouchements antérieurs normaux
 est reçue pour travail prolongé de 72 heures le 31 Mai
 1976.

L'examen à l'arrivée permet de noter :

Col ouvert à 2 doigts

Placenta à la vulve qu'on extrait.

Présentation cephalique haute.

Une césarienne fut pratiquée le même jour.

On extrait un gros foetus de 4 Kg 100. Il y a une rupture
 segmentaire transversale.

Hystérectomie.

Femme décédée au 2è jour de l'intervention.

OBSERVATION N°9

Mme M.D. ménagère, 30 ans environ, 5è pare est évacuée de Koulikoro pour présentation du siège plus procidence d'un pied depuis 12 heures.

A l'arrivée le 18 Juin 1976:

- Femme fatiguée, pâle.
- B.C.F absents
- T.A. 8/5. Pouls rapide, respiration bruyante
- A la palpation, perception de la brèche uterine sous l'om-

bilie.

Césarienne après transfusion de sang isogroupe et oxygénation extraction d'un foetus mort et du placenta.

Il existe une brèche transversale plus une déchirure verticale sur face antérieure du segment inférieur (rupture en T)

Suture par des points séparés au catgut, péritonisation après toilette abdominale qui ramène 1 litre de sang.

Fermeture de la paroi abdominale plan par plan, Suites opératoires : Satisfaisantes.

OBSERVATION N°10

Mme G.C. âgée de 32 ans environ, ménagère, 10è pare (5 vivants) est évacuée de Kangaba pour inertie uterine depuis 12 heures.

A l'arrivée le 8 Juin 1976 :

- se plaint de douleurs atroces au niveau des flancs
- Mauvais état general
- B.C.F non perçus à l'auscultation
- Palpation de l'uterus découvre la brèche sous ombilicale.

Césarienne après réanimation préopératoire:

Extraction d'un foetus mort et le placenta qui étaient dans la cavité abdominale, ainsi qu'un important ~~épandage de sang~~ *épandage sanguin*

Après incision des parties nécrosées, on pratique une suture, une péritonisation et la fermeture plan par plan de la paroi abdominale.

Femme guérie.

OBSERVATION N°11

Mme K.C. âgée de 26 ans environ, 4^e pare est évacuée de Kangaba pour arrêt du travail chez une femme en travail depuis 3 jours.

A l'arrivée le 15 Juin 1976 :

- Col à dilatation complète
- Présentation cephalique haute.
- B.C.F. absents.
- Arrêt du travail.

Césarienne permet extraction d'un gros fœtus de 4 Kg 101 macéré.

IL existe une rupture de la face antérieure du segment inférieur.

Existes de la patiente sur table.

OBSERVATION N°12

Mme P.M. ménagère, âgée de 30 ans environ, 6^e pare (dont 1 -
un vivant) est évacuée de Djoïla le 21 Juin 1976 pour procidence du cordon et d'une main.

A l'examen :

- B.C.F. absents
- Présentation transversale.
- Palpation du fœtus sous la paroi abdominale.

Césarienne le même jour montre un important épanchement sanguin dans la cavité abdominale ainsi qu'un fœtus mort et le placenta.

Il y a une rupture transversale très large de la face antérieure du segment inférieur qu'on suture.

Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION N°13

Mme B.S. 3^eè pare, est reçue pour rétention de la tête derrière sur une présentation du siège depuis plusieurs jours.

A l'arrivée le 18 Juin 1976 :

- Mauvais état général

Réanimation comportant :

Sang isogroupe O+

Serum glucosé enrichi

Hydrocortisone

Puis craniotomie.

Après extraction des fragements, saignement abondant.

L'exploration de l'uterus découvre la rupture.

On pratique une laparotomie sous ombilicale mediane qui met en evidence une péritonite purulente.

Dessechement de la cavité abdominale, tifomycine locale puis suture de la brèche.

On ferme la paroi abdominale plan par plan.

Decès de la femme 24 heures après l'intervention.

OBSERVATION N°14

Mme K.S. âgée de 27 ans, est évacuée de Djoïla pour souffrance foetale et hemorrhagie uterine chz une femme en travail depuis 12 Heures.

4^eè pare, accouchements anterieurs normaux.

L'examen clinique à l'arrivée le 4 Juillet 1976 montre:

- B.C.F. absents

- T.A.: 10/6

- Présentation non engagée

- Palpation du foetus sous la peau de l'abdomen.

Après une réanimation préopératoire, on pratique une césarienne. Foetus mort et placenta étaient dans la cavité abdominale.

La rupture est segmentaire large qu'on suture.

Femme decedée au 3^eè jour de l'intervention

OBSERVATION N° 15

Mme K.S. âgée de 27 ans, menagère, 5è pare dont 2 vivants.
Evacuée de Djoïla pour hemorragies uterines impotantes et souffrance foetale.

En travail depuis 2 jours.

L'examen à l'arrivée le 14 Juillet 1976 montre :

- Absence de contractions uterines
- B.C.F. absents.

- Uterus mou, palpation du foetus sous la paroi abdominale; dilatation complète du col.

Césarienne le même jour montre une rupture large, transversale du segment inferieur qui fait le tour aux 3/4.

On extrait un foetus mort et le placenta

On fait une suture laborieuse.

Peritonisation et nettoyage de la cavité abdominale.

Fermeture de la paroi abdominale plan par plan.

Guerison de la femme au bout de 17 jours d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 16

Mme K.K âgée de 27 ans, menagère est évacuée de kolondiéba le 21 Août 1976 pour rupture uterine.

4è pare, accouchements anterieurs normaux.

- A l'arrivée le 22 Août 1976, on note:

Mauvais état general

B.C.F. ne sont pas perçus.

Impression d'une brèche uterine à la palpation.

En préopératoire, on administre sang isogroupe B+, serum glucosé, Rheomacrodex.

Césarienne le même jour montre une rupture basse de la face anterieure du segment inferieur.

On extrait foetus mort et placenta et pratique une hysterectomie subtotale.

Decès de la patiente le 3è jour de l'intervention

OBSERVATION N°17

Mme S.N. âgée de 23 ans environ, 3^e pare, est évacuée de Kati le 18 Septembre 1976 pour grossesse à terme en travail plus hémorragie utérines.

L'examen clinique à l'arrivée le même jour montre:

Femme très fatiguée

T.A. : 5 pour la maxima

Hémorragies utérines importantes.

B.C.F. non audibles

Palpation du fœtus sous la paroi abdominale.

Césarienne après 3 Heures de réanimation montre un fœtus mort dans la cavité abdominale baignant dans le sang, une déchirure large, oblique de la face antérieure.

On pratique une suture de la brèche utérine au catgut.

Réanimation post opératoire, antibiotiques.

Femme décédée le 3^e jour de l'intervention.

OBSERVATION N°18

Mme A.C, 10^e pare, 37 ans environ.

est reçue dans le service pour grossesse à terme en travail le 2 Septembre 1976.

Dans les antécédents:

2 accouchements prématurés

2 avortements

3 Césariennes pour bassin limité.

L'examen clinique montre :

H.U. : 31 Cm

B.C.F. présents, accélérés.

Présentation céphalique mobile

Col ouvert à 2 doigts

Césarienne immédiate permet extraction d'un enfant vivant réanimé

La cavité abdominale est inondée de sang.

Il y a desunion de la cicatrice segmentaire qui continue sur la face latérale droite.

Nettoyage puis suture.

Réanimation post opératoire.

Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION n°9

Mme D.S. est reçue le 27 Novembre 1976 (2è pare) pour douleur abdominale sur grossesse de 7 mois dans les antécédents:

Femme anciennement opérée de synchie uterine après césarienne; actuellement cerclée.

La douleur très atroce, fut d'apparition brutale elle est accompagnée d'hémorragie par voie basse, assez importante aussi.

Les bruits du cœur foetal ne sont pas entendus.

Etat général mauvais, signes de choc.

Réanimation de 3 heures environ puis laparotomie médiane sous ombilicale.

A l'ouverture du ventre, on découvre un hémopéritoire très important.

L'examen de l'utérus montre une rupture haut située au dessus de l'ancienne cicatrice de césarienne sur le corps utérin.

On évacue le fœtus mort par la brèche.

La paroi utérine est très affaiblie.

Le placenta est très difficilement décollable, emportant des morceaux du muscle utérin.

On pratique une hystérectomie subtotale puis nettoyage de la cavité abdominale et fermeture de la paroi plan par plan.

Réanimation post opératoire par ^dYang, du serum glucose enrichi, de ~~rheo~~manodex, oxygène +++ guérison de la femme.

OBSERVATION N°20

Mme F.D. 5è pare (3 vivants) entrée pour grossesse à terme en travail plus douleurs abdominales atroces.

Le 30 Novembre 1976.

L'examen montre :

H.U. 31 Cm

Abdomen très douloureux à la palpation

Présentation cephalique mobile

Col perméable à 1 doigt

Etat de choc.

Césarienne après réanimation montre une rupture segmentaire en étoile.

On suture l'uterus après avoir arvivé les bords de la rupture
IL y a un hémoperitoine important qu'on évacue.

On fait une peritonisation et la fermeture de la paroi abdominale plan par plan.

Femme decedée le même jour.

O B S E R V A T I O N N°21

Mme F.S, menagère, âgée de 30 ans environ, 6^e pare est évacuée de Djoïla le 15 Janvier 1977 pour grossesse à terme en travail depuis 3 jours.

L'examen clinique à l'arrivée le même jour montre:

- Abdomen tendu, douloureux à la palpation.
- Bruits du cœur foetal ne sont pas perçus à l'auscultation pouls très rapide
- T.A = 10/7
- Mauvais état général de la parturiente.
- Au T.V on note une présentation haute et l'escavation pelvienne est vide.

On pratique une réanimation préopératoire à base:

sang isogroupe O-(1litre)

Trophysan (1litre)

Rhéomacrodex (1litre)

2 millions de penicilline

3 heures après fut pratiquée une césarienne.

A l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur un foetus mort et le placenta dans la grande cavite abdominale.

Le foetus pesait 4 Kg 050.

IL existe une rupture de la face anterieure du segment inferieur qui continue sur la face laterale gauche.

L'uterus est infarci en grande partie ainsi que la face posterieure de la vessie.

On pocède à une hysterectomie subtotale avec en fouissement du moignon.

Après toilette abdominale, on la paroi abdominale plan par plan.

Transfusion de sang post-operatoire serum glucose isotonique.
Les suites operatoires furent satisfaisantes.

OBSERVATION N°22

Mme K.S. âgée de 23 ans, ménagère, 3^e pare (pas de vivant.)

En travail depuis 2 jours à Konlondièba, est évacuée le 20 Fevrier pour arrêt du travail.

A l'arrivée le 21 Fevrier 1977, l'examen montre:

- B.C.F. négatifs.
- H.U. = 31 cm
- Col ouvert à petite paume.
- Escavation pelvienne vide.
- T.A. = 12/6, pouls normal.

Césarienne le même jour permet d'extraire un gros foetus de 4 Kg en partie dans la cavite abdominale.

l'uterus est déchiré en bas à l'insertion du vagin sur 3/4 de sa circonference.

On pratique une hysterectomie totale et la fermeture de la paroi abdominale plan par plan.

Femme décédée le même jour.

OBSERVATION N°23

Mme F.D. 26 ans, ménagère 4^e pare (1 vivant.) en travail depuis 3 jours est évacuée de Djoïla pour arrêt du travail.

A l'arrivée le 11 Mars 1977, on notait:

B.C.F. absents

Palpation du foetus sous la paroi de l'abdomen.

Césarienne le même jour.

Foetus mort et placenta sont dans la cavite abdominale.

IL y a une rupture segmentaire qui verticale continue jusqu'au vagin dont les bords sont necrotiques.

On pratique une resection du tissu necrosé puis la suture de la rupture au cat gut suivie d'une peritonisation et de la ligature des trompes.

Fermeture de la paroi plan par plan.

Réanimation post opératoire.

Suites operatoires bonnes.

O B S E R V A T I O N N° 24

Mme A.T, megagère, 17 ans, pumipare, est évacuée de Kangaba le 20 Mars 1977 pour bassin généralement retreci en travail.

A l'arrivée le 21 Mars 1977, l'examen montre:

- Un bassin généralement retreci.
- B.C.F non perçus
- Palpation du foetus sous la paroi abdominale

Après une transfusion de sang isogroupe A+, une césarienne est pratiquée, elle permet d'extraire un foetus mort et le placenta qui étaient dans la cavité abdominale.

Ily a une déchirure segmentaire transversale qu'on suture en 2 plans par des points séparés Nettoyage de la cavité abdominale, peritonisation et fermeture de la paroi abdominale plan par plan.

Réanimation post opératoire antibiothérapie.

Guérison de la femme au bout de 13 jours d'hospitalisation

O B S E R V A T I O N N° 25

Mme S.S. 4è pare, âgée de 26 ans environ, est évacuée de Bougouni pour dystocie.

Dans les antécédents, césarienne aux 3è et 4è grossesse pour presentation vicieuse.

A l'arrivée le 19 Juin 1976, l'examen montre:

- Présentation transversale.
- B.C.F, négatifs
- Col fermé
- Palpation de l'abdomen très douloureuse.
- T.A : 10/6

Césarienne le même jour permet d'extraire foetus mort et placenta la déchirure est corporelle (désunion de l'ancienne cicatrice) .

On pratique une hysterectomie subtotale.

Suites opératoires favorables.

OBSERVATION N°26

Mme F.D, 35 ans environ, 8è pare est recue le 16 Juillet 1977 pour travail long sur présentation de siège.

Les accouchements antérieurs furent tous normaux. A l'interrogatoire, douleurs lombaires très atroces l'auscultation note B.C.F présents mais très accélérés. T.V:siège non engagé

Césarienne immédiate permet d'extraire un enfant vivant réanimé pendant 25 minutes ainsi que le placenta.

L'examen de l'uterus montre une brèche corporéale verticale qu'on suture.

Les suites opératoires furent bonnes.

OBSERVATION N°27

Mme D.S, âgée de 21 ans 2è pare, est évacuée de Bougouni pour présentation de l'épaule et travail prolongé.

A l'arrivée le 22 Juillet 1977 femme très fatiguée.

T.A.: 7/5, pouls très accélérés, extrémités froides et sueurs sur le visage, température élevée à 39,05 B.C.F absents.

Réanimation préopératoire puis césarienne.

On tombe sur un uterus gangrené et une péritonite purulente.

Ce qui nécessite une hystérectomie totale après extraction d'un fœtus de 3 Kg 960.

Femme décédée dans les suites immédiates de l'intervention.

O B S E R V A T I O N N°28

Mme G.F., âgée de 25 ans, ménagère, 2^e pare.
 Evacuée de Kolokani pour inertie uterine.
 En travail à Kolokani depuis 5 jours.
 L'arrivée le 28 Juillet 1977, on note

H.U.: 28 cm

B.C.F. absents

Poche des eaux romp.

Etat de choc

Réanimation préopératoire puis césarienne.

A l'ouverture de l'abdomen, on découvre un uterus rompu sur
 la face antérieure du segment inférieur.

On extrait un foetus mort et le placenta.

Réanimation préopératoire, antibiotiques.

Suites opératoires bonnes.

O B S E R V A T I O N N°29

Mme K.S, ménagère, âgée de 36 ans, 2^e pare est évacuée de Kita
 le 20 Septembre 1977 pour non progression du travail depuis 12heures

A l'arrivée le même jour:

- Vulve oedematiée.
- Absente de contractions utérines
- Conjonctives pâles
- Col ouvert à 1 doigt.
- Présentation cephalique haute
- Mauvais état général

Après réanimation, on pratique une césarienne.

On tombe sur une brèche segmentaire transversale par la quelle
 on extrait le foetus mort et le placenta.

On pratique une hysterectomie subtotale avec enfouissement
 du moignon, hémostase et nettoyage de la cavite abdominale.

On ferme la paroi abdominale plan par plan.

Suites opératoires bonnes.

O B S E R V A T I O N N°30

Mme A.C. 2^eè pare, déjà césarisée pour bassin limite.
est reçue pour douleurs abdominales atroces sur grossesse à terme en
travail le 1 Octobre 1977.

L'examen montre :

H.U. 33 cm

B.C.F. audibles

Présentation du siège engagée.

L'accouchement par le siège donne enfant vivant.

Après délivrance, hémorragies utérines importantes, pâleur,
hypotension à 7/5.

L'exploration de la cavité utérine découvre la rupture.

A la laparotomie médiane sous ombilicale, rupture transver-
sale segmentaire.

Suture après hémostase.

Fermeture de la paroi abdominale plan par plan.

Guérison de la femme au bout de 16 Jours.

O B S E R V A T I O N N°31

Mme K.D, Primipare âgée.

est reçue le 25 Novembre 1977 pour travail long de 48 heures.

L'examen clinique montre:

- Col long, ouvert à 1 doigt, épais

- Présentation céphalique haute

- B.C.F. présents mais accélérés.

- Etat général de la parturiente bien conservé :

Une césarienne immédiate permet extraction d'un enfant vi-
vant de 2 Kg 500 criant aussitôt.

On note une déchirure transversale du segment inférieur sur
la face antérieure.

Suture de la brèche, pritonisation et fermeture de la paroi
abdominale plan par plan.

Guérison de la femme après 2 semaines d'hospitalisation

OBSERVATION N°32

Mme K.D. âgée de 38, primipare, est reçue le 25 Novembre 1977 pour grossesse à terme en travail.

Dans les antécédents on note une intervention sur l'uterus pour sterilité dont la nature n'est pas précise.

L'examen note:

- Col ouvert à 1 doigt.
- Présentation céphalique haute
- B.C.F absents
- Palpation du foetus sous paroi abdominale.

Césarienne découvre une déchirure très délabrante avec des lambeaux multiples sur le corps uterin, qui se prolonge sur le segment inferieur foetus mort.

On fait une hysterectomie subtotale.

Femme décédée dans les suites de l'intervention.

OBSERVATION N°33

Mme A.N. Primipare, 17 ans, grossesse à terme, en travail depuis 48 heures est évacuée le 21 Décembre 1977 du cabinet medical pour non progression du travail.

A l'arrivée le même jour, l'examen montre:

- Une présentation céphalique haute
- Un gros foetus
- B.C.F. présents
- Etat general conservé

Césarienne immédiate montre une rupture de 5 cm environ sur la face posterieure du segment inferieur.

On extrait un enfant vivant de 3 Kg 810

Suture de la brèche.

Guérison de la femme.

O B S E R V A T I O N N°34

Mme .F.D. Primipare, 16 ans est évacuée de Kolokani pour inertie uterine après un travail prolongé.

A l'arrivée le 27 Décembre 1977, l'examen clinique note:

- H.U. 32 cm
- B.C.F. absents
- Col ouvert à petite paume

Réanimation puis césarienne le même jour

Extraction d'un foetus macéré.

Pourriture et delabrement de tout l'uterus qui est déchiré au niveau du segment inferieur.

Peritomite purulente.

Exitus sur table.

O B S E R V A T I O N N°35

Mme D.S, 6è pare, menagère âgée de 32 ans environ est évacuée de Garalo pour inertie uterine.

Femme reçu dans le service au 3è jour de son évacuation les accouchements anterieurs furent tous normaux.

A l'arrivée le 2 Janvier 1978.

On notait: un mauvais état général.

H.U.: 35 cm

B.C.F. négatifs

Col perméable à 2 doigts.

Caillot de sang dans la cavité vaginale

Escavation pelvienne vide

Palpation du foetus sous la peau de l'abdomen.

Réanimation pré et per opératoire à base de sang isogroupe, de serum glucosé enrichi d'oxygène.

La laparotomie mediane sous ombilicale montre foetus mort et placenta dans la grande cavité abdominale.

Il existe une déchirure corporeale très délabrante.

On pratique une hysterectomie subtotal.

La Femme est décédée au 2è jour de l'intervention dans un état d'hypotension.

OBSERVATION N°36

Mme D.T, menagère, 11è pare, 38 ans environ est reçue pour présentation de l'épaule en travail plus hemorragie vaginale le 5 Janvier 1978.

L'examen note.

Un col ouvert à 2 doigts

B.C.F absents

Hemorragie par voie basse

procidence d'un bras

Etat général satisfaisant.

Après échec de la tentative d'accoucher par voie basse, on pratique une césarienne.

On extrait un foetus mort et le placenta d'un uterus très fragile porteur d'une ~~ov~~ déchirure. Hysterectomie.

Les suites opératoires furent satisfaisantes.

OBSERVATION N° 37

Mme W.D. menagère, âgée de 26 ans environ, 6è pare est évacuée de Kolokani pour disproportion foeto pelvienne.

A l'arrivée le 13 Mai 1978, l'examen clinique montre :

- Mort du foetus
- On sent un coude dans fosse iliaque droite.
- Mauvais état général
- T.A. 8/4 pouls = 100 pulsations par minute.

Réanimation préopératoire qu a relevé la T.A à 11/6 puis césarienne le même jour.

Foetus mort et placenta dans la cavité abdominale

Il y a une rupture transversale de la face laterale droite du segment inferieur.

On pratique une suture par points séparés au catgut chromé péritonisation et fermeture de la paroi abdominale plan par plan.

Réanimation post opératoire.

Suites opératoires simples, guerison au bout de 16 jours.

O B S E R V A T I O N N°38

Mme Y.D. 20 ans, 3è pare, menagère est évacuée le 24 Mai 1978 de Koulikoro pour travail prolongé (15 jours) Les accouchements antérieurs furent normaux.

A l'arrivée le même jour, l'examen montre :

H.U. : 33 Cm

B.C.F. = absents

Col ouvert à 2 doigts, déchiquetés, poche des eaux rompue

T.A = 10/5 paleur des conjonctives

Administration de :

Sang

Serum glucosé enrichi

serum salé

Puis césarienne

Extraction d'un foetus putrefié.

Il existe une plaie de la paroi abdominale qui laisse sourdre un liquide muco-purulent.

Rupture segmentaire transversale infecte :

Nettoyage de la cavité. Hysteroctomie

Dans le post opératoire

Sang

Serum glucosé et sale / en perfusion

Serum bicarbonaté à 14% / continue

gentalline 80 X 2 fois/jour

Femme décédée le même jour après intervention avec T° à 40:

O B S E R V A T I O N N°39

Mme K.B, menagère, 2è pare, âgée de 21 ans est évacuée de Ne-guela pour arrêt de la progression.

A l'arrivée le 16 Juin 1978, on notait=

H.U. = 33 cm

B.C.F. absents

Dilatation complète

Présentation cephalique non engagée

Après échec du forceps on procède à une césarienne qui découvre une grosse rupture du segment inférieur par laquelle on extrait un enfant mort de 4 Kg.

On pratique une hystérectomie subtotale et la fermeture de la paroi abdominale.

Réanimation post opératoire intense par :

Sang isogroupe O-

Serum glucose enrichi de quinoforme, d'avafortan, de complexe B, thiophenicol pendant plusieurs jours

Suites opératoires satisfaisantes.

O B S E R V A T I O N N°40

Mme M.D. ménagère, 7è pare, âgée de 30 ans environ est éeue le 1 Juillet 1978 pour rupture utérine.

L'examen montre :

- Mort foetale
- Palpation du foetus sous peau
- Bon état général.

Césarienne effectuée le même jour permet d'extraire foetus mort et placenta dégagés de la cavité utérine.

IL y a une rupture segmentaire en T qu'on suture au catgut par des points séparés.

Suites opératoires bonnes.

O B S E R V A T I O N N41

Mme.S.C, ménagère, est évacuée de Kati le 6 Juillet 1978 pour dystocie dynamique après l'épreuve du travail, âgée de 22 ans, 2è pare, les accouchements antérieurs furent normaux .

A l'arrivée le même jour, on notait:

H.U. = 30 Cm

Bassin limite

B.C.F. très accélérés

Dilatation du col à 2 doigts.

Palpation très douloureuse de l'abdomen, qui est très tendu.

Etat général non altéré :

Césarienne immédiate permet d'extraire un enfant vivant de 3Kg 400 réanimé ainsi que le placenta.

IL y a une brèche segmentaire réparable.

Suture de brèche, péritonisation et fermeture de la paroi plan par plan.

Guerison de la femme.

O B S E R V A T I O N N°42

Mme G.F. Primipare âgée (35ans), ménagère est évacuée de Koulikoro pour non progression du travail.

A l'arrivée le 10 Août 1978, on note =

H.U. = 33 cm

B.C.F. non perçus

présentation cephalique

dilatation incomplète du col

T.A. = 9/6

Mauvais état général.

A reçu = sang, serum glucose hypertonique enrichi
rhéomacrodex - Penicilline G

Césarienne le même jour permet d'extraire un foetus macéré et le placenta.

Presence de pus dans la cavité utérine.

Il existe une rupture sous peritoniale de la face laterale du segment inferieur.

Nettoyage de la cavité uterine, suture de la brèche et fermeture de la paroi.

Suites opératoires bonnes.

O B S E R V A T I O N N°43

Mme .A.C. menagère, âgée de 20 ans, 2è pare(pas de vivant) est reçue le 4 Septembre 1978 pour douleurs atroces sur grossesse à terme en travail.

Dans les antécédents on note une césarienne pour presentation du siège chez un bassin limite.

L'examen clinique montre =

H.U. à 33 cm

B.D.F présents

Présentation du siège non engagé

Dilatation du col à 1 doigt.

Une césarienne est décidée.

La femme accouche quelque temps avant qu'elle ne soit exécutée et donne un enfant vivant =

Après la délivrance, hémorragie abondante.

T.A = 10/6

La revision uterine découvre une brèche uterine.

A la laparotomie mediane sous ombilicale, rupture mediane du segment inferieur qui continue jusqu'à la vessie.

On suture la brèche.

Peritonisation et fermeture de la paroi abdominale

Réanimation post opératoire

Guerison de la femme sans séquelle

O B S E R V A T I O N N°44

Mme.D.T. Primipare, en travail, depuis 2 12 heures est reçue à la maternité du Point "G" pour arrêt du travail, avait reçu au cabinet medical de la post-hypophyse pour dystocie dynamique.

L'examen à l'arrivée montre =

B.C.F négatifs

Tête engagée

Césarienne faite le même jour montre une déchirure de l'uterus au niveau du segment inferieur.

Extraction difficile d'un foetus mort du fait de l'engagement.

Suture de la rupture et fermeture de la paroi:

Guerison de la femme.

O B S E R V A T I O N N°45

Mme K.C. 3^eè pare, 24 ans, Dans les antécédents : une césarienne est évacuée de "l'hopital Gabriel Touré" pour pré-rupture le 19 Septembre 1978;

L'examen clinique montre =

H.U = 30 cm

Tête à la vulve

B.C.F absents

La césarienne effectuée le même jour permet l'extraction d'un foetus mort de 3Kg 800.

IL y a une rupture double de la face anterieure de l'utérus avec lambeau median, et de la face posterieure de la vessie.

On pratique une hysterectomie totale et une réparation de la vessie au catgut.

Péritonisation et fermeture de la paroi abdominale plan par plan .

Femme décédée.

O B S E R V A T I O N N°46

Mme. M.S. 2^eè pare, 23 ans est évacuée de l'Hopital Gabriel Touré le 25 Octobre 1978 pour accouchement forcé du siège et metrorragie rebelle après la délivrance.

Dans les antécédents, 2 césariennes pour bassin limite,

La révision uterine découvre la rupture.

A la laparotomie mediane sous ombilicale, on decouvre une rupture du segment inferieur.

Suture de la brèche, péritonisation et fermeture de la paroi plan par plan.

En post opératoire =
 sang isogroupe
 penicilline G = 2 millions par jour
 serum glucosé

Suites operationes bonnes.

O B S E R V A T I O N N°47

Mme. N.S; Primipare, est évacuée de "l'Hopital Gabriel Touré" pour rupture uterine le 9 Novembre 1978.

A l'examen :

Bassin rétréci

Mort du foetus

Palpation du foetus sous la paroi abdominale
 masse sus pubienne.

Césarienne = foetus mort et placenta sont dans la cavité abdominale.

Sur l'uterus retracté on découvre une rupture segmentaire transversale, suture de la brèche, peritonisation et fermeture de la paroi.

Réanimation post opératoire

Suites opératoires bonnes.

O B S E R V A T I O N N°48

Mme.K.D 5è pare, 28 ans, menagère est évacuée de l'Hopital Gabriel Touré pour présentation de la face en travail depuis 24 heures

A l'arrivée le 9 Novembre 1978, on note =

H.U. = 32 Cm

Coup de hâche, suspubienne.

B.C.F négatifs

Dilatation complète du ~~vag~~

Au T.V. on perçoit le menton.

Césarienne permet d'extraire foetus mort et placenta .

IL y a une rupture segmentaire reparable.

Suture, péritonisation fermeture de la paroi

Réanimation post opératoire.

Suites Opératoires bonnes

O B S E R V A T I O N N°49

Mme W.C. ménagère, âgée de 27 ans environ 4^e pare est évacuée de Faladié de 2 Décembre 1978 pour grossesse à terme en travail depuis 4 jours .

A l'arrivée le 3 décembre 1978, on note =

H.U. = 32 Cm

B.C.F. absents

Uterus tendu douloureux

Col à dilatation complète

Présentation céphalique haute.

Césarienne le même jour découvre une ~~lésion~~ lésion longitudinale de la face antérieure du segment inférieur et permet l'extraction d'un foetus mort hydrocéphale.

On pratique une hystérectomie totale.

Car le segment inférieur était nécrosé sur toute sa face antérieure.

IL y a une péritonite purulente.

En post opératoire =

Sang

Serum glucosé enrichi

Antibiotiques.

Femme décédée au 2^e jour de l'intervention

O B S E R V A T I O N N°50

Mme M.M ménagère, 5^e pare entrée pour grossesse à terme en travail le 14 Décembre 1978.

Dans les antécédents = 2 césarienne.

La première pour présentation vicieuse.

La deuxième pour rupture utérine.

L'examen clinique à l'arrivée montre =

H.U. = 36 Cm

B.C.F. négatifs

Présentation céphalique mobile

Col perméable à grosse poignée.

Césarienne immédiate permet extraction d'un enfant vivant.

IL existe un volumineux placenta adhérent au fond utérin difficilement décollable.

Il y a une déchirure de l'utérus qui est la désunion probable de la cicatrice corporeale, qui contient jusqu' au col utérin.

Suture la brèche et ligature des trompes.
Suites opératoires bonnes.

O B S E R V A T I O N N°51

Mme N.B 10è pare (6 vivant), 35 ans environ évacuée de Bougouni pour travail prolongé de 3 jours

A l'arrivée le 19 Janvier 1979, ...

- B.C.F. non perçus
- Escavation pelvienne vide
- Palpation du foetus sous paroi abdominale.
- Masse sup-pubienne
- Col ouvert à 1 doigt

Césarienne permet d'extraire un foetus macéré et le placenta qui étaient dans la cavité abdominale.

La rupture est segmento corporeale siégeant sur face antérieure de l'uterus et continuant jusqu'à la vessie.

On pratique une hysterectomie subtotale et la réparation de la vessie.

Dans les suites opératoires, fistule vesico-vaginalée.

Femme guérit au bout de 21 jours.

O B S E R V A T I O N N° 52

Mme.N.T. menagère, ... 36 ans, 9è pare (5 vivants) est reçue le 18 Fevrier 1979 pour grossesse à terme en travail plus metrorragies uterines importantes.

A l'interrogatoire, injection de post-hypophyse en I.M par une sage femme qui fait des accouchements à domicile.

L'Examen clinique montre :

- Hemorragies uterines importantes, de sang rouge vif.
- Pouls accéléré
- T.A. imprenable
- B.C.F. audibles main très accélérés
- Arrêt du travail.

Réanimation préopératoire puis césarienne.

Rupture segmentaire transvers le de la face anterieure et laterale droite. On pratique une suture.

Femme décédée le même jour par collapsus.

O B S E R V A T I O N N°53

Mme.K.M., 5è pare, 27 ans 3 avortements spontanés dans les antécédents;

Est évacuée de Dioïla pour rupture utérine.

A l'arrivée le 31 Mars 1979.

- H.U = 33 cm
- B.C.F absents
- Col perméable à 2 doigts.
- Palpation du foetus sous la paroi abdominale
- caillot de sang dans vagin.
- Femme choquée.

La malade à reçu :

Sang O+ isogroupe (1 litre)

Serum glucosé 30% enrichi (1 litre)

Rhéomacrodex (1 litre)

Puis césarienne qui permet d'extraire un foetus mort et le placenta de la grande cavité abdominale .

Il existe une déchirure transversale d'environ 15 cm au niveau du segment inférieur.

On pratique une hystérotomie plus la ligature des trompes.

Guerison de la femme après 17 jours d'hospitalisation.

O B S E R V A T I O N N°54

Mme.S.S., ménagère, âge de 28 ans , 7è pare est évacuée de Dioïla pour signes de pré-rupture.

Les accouchements antérieurs furent tous normaux.

Aucune intervention gynécologique dans les antécédents.

L'Examen clinique à l'arrivée le 3 Avril 1979 montre:

- B.C.F. absents
- Tête dans le vagin
- Uterus tendu et douloureux à la palpation
- T.A. Imprecise . Très mauvais état général.
- Pouls rapide, filant.

- Sueurs sur tout le visage.

Césarienne après réanimation préopératoire de 3 heures.

On extrait un foetus mort et le placenta.

IL y a un déchirure transversale dolabrée du segment inferieur.

On pratique une hysterectomie subtotale.

Femme décedée au 2è jour de son intervention.

O B S E R V A T I O N N°55

Mme S.K., 2è pare, âgée de 25 ans est évacuée de Kangaba pour travail prolongé le 12 Avril 1979.

Deux césariennes dans les antécédents pour bassin généralement retreci.

L'Examen à l'arrivée le 13 Avril 1979 montre:

- Bassin généralement retreci
- Col ouvert à 1 doigt
- Les viscères sont sentis dans le vagin
- Présentation haute, céphalique.
- B.C.F absents
- T.A = 7 pour maxima Temperature = 37° 5
- Pouls : 140 pulsation par minutes

La césarienne montre une rupture transversale et une nécrose du segment inferieur. Une fistule recto-vesico-vaginale fut mise en évidence par l'injection de bleu de methylène dans la vessie.

une partie du colon et du rectum était descendue par la brèche uterine. Les uretères sont pris dans la necrose, ainsi que la face anterieure du rectum.

On pratique une hystherectomie subtotale puis on mit un drain en caoutchouc dans le petit bassin et une sonde vesicale.

On implante les uretères dans la vessie après resection de la partie necrosée. 2 millions de penicilline G en per opératoire.

Réanimation post-opératoire à base de:

- Sang A+
- Serum glucose Pendant 2 jours.
- 1 Million de penicilline G par jour.

Femme décedée le 3è jours de l'intervention

O B S E R V A T I O N N°56

Mme .G.D, menagère âgée de 30 ans environ est évacuée de Kolo-Kani le 14 Avril 1979 pour présentation transversale du 2è jumeau après accouchement normal du premier.

Antécédents:

- 6è pare (tous vivants)
- Accouchements anterieurs normaux.

A l'arrivée : (15 Avril 1979) l'examen montre:

- Procidence du bras droit et du cordon
- Ecoulement par la vulve d'un liquide hematique.
- Absence de contractions uterines
- B.C.F absents
- Femme choquée
- Paleur des conjonctives.

Réanimation préopératoire.

Puis on tente une extraction par voie basse qui échoua car version par manoeuvre interne impossible.

Une césarienne est alors pratiquée.

Dès l'ouverture de l'aponevrose on tombe sur un hemo peritoine important; Un uterus fendu en croix au niveau de la face anterieure du segment inferieur:

La brèche longitudinale continue jusqu'à l'insertion du vagin.

Il existe une desinsertion de l'uterus.

Foetus macéré est en partie dans la grande cavité péritonéale ainsi que les 2 placentas.

Contusion de la vessie dans sa partie supérieure.

extraction par la brèche uterine du foetus.

Suture au catgut chromé. Tifomycine chirurgical, toilette abdominale. Fermeture de la paroi plan par plan. mauvais état général.

Réanimation post-opératoire.

Exitus 2 heures après.

OBSERVATION N°57

Mme N.D, menagère, 10è pare, 36 ans , est évacuée de Faladié pour travail prolongé de 48 heures le 2 Mai 1979.

Dans les antécédents on note une césarienne a la 7è grossesse. A l'arrivée 12 heures après, pn pouvait noter:

- Col non effacé, ouvert a un doigt.
- Palpation très douloureuse de l'abdomen permet de sentir une partie du foetus sous la peau.
- Contracture de l'uterus.
- B.C.F. absents
- Pouls normal
- T.A.: 11/8
- Etat général bien conservé.

Césarienne le même jour montre:

Une brèche utérine au niveau du segment inferieur, transversale (desunion de l'ancienne cicatrice)

Placenta et foetus macéré sont dans la cavité abdominale.

Suture de la brèche + ligature des trompes .

Fermeture de la paroi plan par plan, réanimation post-opera-
toire.

Guérison de la femme 17 jours après l'intervention.

OBSERVATION N°58

Mme M.T, menagère, âgée de 26 ans environ est évacuée de Faladié le 5 Mai 1979 pour travail long de 48 heures.

Antécédents :

3è pare, 3 vivants.

Accouchements antérieurs normaux.

L'examen Clinique à l'arrivée le même jour note :

- Absence de contraction uterine
- Palpation douloureuse de l'abdomen
- Palpation du foetus sous la paroi abdominale
- B.C.F. ne sont pas audibles.

.... /

- AU T.V, escavation pelvienne vide, dilatation du col complète.
- Etat général bien conservé.
- T.A. = 11/7

Césarienne 4 heures plus tard permet d'extraire un gros foetus de 4 Kg 800 mort.

Elle montre rupture segmentaire qui continue jusqu'au corps uterin, dont les bords sont necrosés.

On pratique une hysterectomie subtotala.

Femme decedee 3 jour apres l'intervention.

O B S E R V A T I O N N°59

Mme.S.T, menagere agee de 42 ans environ est evacuee le 24 Mai 1979 a la maternite de l'Hopital du Point"G" pour rupture uterine.

Antecedents:

11e pare 9 accouchements normaux un accouchement premature a la 7e grossesse une cesarienne a la 10e grossesse.

A regu par voie I.M sparteine et dysmalgine a l'H.G.T.

Examen a l'Arrivee montre:

- Un abdomen deformé, très tendu et douloureux a la palpation
- Perception de la brèche sous la paroi abdominale.
- Pâleur des conjonctives
- Hemorragie par voie basse peu abondante.
- B.C.F. ne sont pas audibles
- Femme omnubulee
- T.A = 10/7 Pouls= 92 pulsations a la minute; extremités froides

Réanimation préopératoire

- Sang O+ (500cc)
- Serum glucosé (1 litre)

Césarienne le même jour :

On tombe sur un hémopéritoine et un uterus retracté sur le placenta, avec une brèche au niveau de l'ancienne cicatrice qui continue au fond de la vessie.

On extrait un gros foetus de 4 Kg 200 mort qui était dans la cavité abdominale. On fait suture de la brèche vésicale et celle de l'uterus.

..../.....

En post-opératoire :

Sang O+

Serum glucose enrichi

Antibiotherapie

Suites opératoires bonnes

O B S E R V A T I O N N°60

Mme O.D, Originnaire de Kolokani, âgée de 20 ans, 2è pare, déjà opérée de F.V.V;

Est reçue pour rupture utérine le 20 Juin 1979 à 3 heures.

L'Examen à l'arrivée:

H.U = 32 cm

B.C.F absents

Dilatation complète du col

Présentation céphalique non engagée

T.A. = 10/7 T°=37°

Palpation perçoit brèche utérine au niveau du segment inférieur anemie.

Etat général très mauvais

En Préopératoire, a reçu :

Sang B+ (1 litre)

Serum glucosé (1 litre)

Trophysan (500cc)

Puis césarienne le même jour à 6 heures 55 minutes.

IL existe une rupture longitudinale sur face antérieure du segment inférieur qui descend jusqu' au vagin.

On extrait un gros foetus mort et le placenta.

IL y a également un hématome ass. important au niveau du ligament large.

En Post-opératoire :

Sang B+

Serum glucosé/Perfusion continue toute la matinée.

Trophysan

Thiophemivol IM matin et soir

Au 2^e jour de l'intervention = Hyperthermie, diarrhées et agitations

T.A. 8/6

Femme décédée le 24 Juin 1979 par hyperthermie + hypotension.

OBSERVATION N°61

Mme M.M., ménagère, âgée de 40 ans environ 7^e pare. est évacuée de H.G.T. pour arrêt du travail le 21 Juin 1979.

Les accouchements antérieurs furent normaux.

Aucune intervention gynécologique dans les antécédents.

A l'examen, on note:

H.U. : 37 cm

B.C.F. absents

Uterus très tendu et douloureux à la palpation

palpation de la brèche utérine sous l'ombilic.

T.A. 11/9

Pouls : 64 pulsations par minute

Temperature 36°5

Une césarienne pratiquée le même jour permet d'extraire un gros foetus de 4 Kg 10 mort ainsi que le placenta.

IL existe au niveau du segment inférieur une brèche reparable qu'on suture

En Post-operatoire

Sang

Antibiotiques

Guerison de la femme au bout de 17 jours

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

ments.)

Cependant, cette fréquence ne peut être prise pour la fréquence réelle des ruptures utérines à la maternité de l'hôpital du Point-"G" car, les 61 cas cités ne sont que des cas pour lesquels nous avons eu suffisamment de renseignements cliniques pour notre travail (qui est d'ailleurs un travail de terrain). La fréquence réelle serait plus élevée. La rupture utérine est fréquente parce que beaucoup de femmes jusque-là accouchent à domicile dans les zones rurales de maternité très peu équipées, ne disposant pas d'un véhicule. C'est devant une complication que ces parturientes nous sont amenées après plusieurs kilomètres de route difficile. Beaucoup de femmes meurent avant d'arriver à l'hôpital.

Il suit, figurent des taux de rupture utérine en

TABLEAU I - TAUX DE RUPTURE UTERINE EN AFRIQUE ET DANS LE MONDE
(LA RUPTURE UTERINE EST FREQUENTE EN AFRIQUE)

Auteurs	P a y s	Années	F r é q u e n c e	
			Par rapport au nombre d'accouchement	Pourcentage
CAILLEENS	Algérie	1958	1/588	1, 7 ‰
BRUN et coll.	Maroc	1969	1/833	1, 2 ‰
BOUDJEMA	Tunisie	1974	1/1111	0, 9 ‰
RENDE SHORT	Ouganda	1957-1958	1/93	10, 6 ‰
HARRIS ANGAWA	Kenya	1949-1950	1/117	8, 5 ‰
FERRE ANTOINE	Cameroun	1965-1970	1/588	1, 7 ‰
LECANNELIER	Sénégal	1954-1958	1/636	1, 5 ‰
RENAULD	Côte d'Ivoire	1967-1968	1/320	3, 1 ‰
VOVOR	Togo	1958-1961	1/130	7, 7 ‰
MENON	Inde	1953-1958	1/415	2, 4 ‰
CHASSEUSSE	France	1956-1964	1/964	1, 03 ‰
LECANNELIER	U.R.S.S.	1962	1/1428	0, 7 ‰
LECANNELIER	Allemagne	1962	1/1111	0, 9 ‰
LECANNELIER	U.S.A.	1962	1/1666	0, 6 ‰
MATERNITE DU Pt-"G"	Mali	1976-1979	1/449	2, 2 ‰

FACTEURS ETIOLOGIQUES

A - Age - Parité

1). Age : son influence sur la fréquence de la rupture utérine prête à discussion.

En effet, si certains auteurs comme STEPHENS et BROWN, WEINGOLD et SALL attribuent un rôle important à l'âge, il n'en est pas de même pour d'autres dont MENON, KEIFER et ZELLER qui ne voient pas en lui un facteur influençant la fréquence des ruptures utérines.

Dans notre série, les âges extrêmes sont 16 et 42 ans avec une moyenne de 27,85 (âge est cependant approximatif car l'état civil n'existe pas partout dans nos campagnes.)

Il s'agit donc de femmes relativement jeunes en pleine activité génitale comme l'ont trouvé

RENAULD et coll. (29,8 comme moyenne d'âge) et BOUICHOU 27,9 (Côte d'Ivoire).

2). Parité

La multiparité pour beaucoup d'auteurs apparaît comme un facteur important des ruptures utérines, parce que l'utérus de multipares est porteur de lésions histologiques expliquant sa particulière fragilité : lésions vasculaires, altération du tissu élastique interstitiel, dégénérescence graisseuse ou hyaline de la fibre musculaire, microrupture interstitielle du myomètre au cours de la parturition.

Pour notre part, le rôle de la parité n'est important dans la genèse de la rupture utérine que si cette parité atteint ou excède 6 comme le montre le tableau II.

TABLEAU II -- REPARTITION SELON LA PARITE.

<u>P a r i t é</u>	<u>!Nombre!</u>	<u>Pourcentage</u>
Primipare	8 !	12,65
2ème pare	13 !	21,31
3ème pare	7 !	11,47
4ème pare	6 !	09,83
5ème pare	6 !	09,83
6ème pare et plus	21 !	34,91
Total	61 !	100

Le tableau II montre une augmentation de la rupture utérine chez les 2ème et 6ème pares ou plus ; les primipares occupent également une place de choix. Pour les 2ème pares, l'explication serait des dystocies osseuses négligées. Cette augmentation est retrouvée dans presque toutes les statistiques.

B - Autres facteurs étiologiques

Il faut considérer deux sortes de ruptures utérines :

- les ruptures utérines au cours de la gestation
- les ruptures utérines au cours du travail.

B₁. Les ruptures utérines au cours de la gestation :

Un seul cas sur 61 (Observation n°19) soit 1,75 %.

Il s'agit de type exceptionnel de rupture utérine survenant chez des gestantes à utérus fragilisé par un traumatisme ancien : curetages répétés ou trop appuyés, perforations anciennes plus ou moins larges, passées inaperçues ou non suturées ; mais surtout des utérus porteurs de cicatrices de césarienne, myomectomie, des utérus malformés.

D'autres étiologies comme l'endométriase, les antécédents d'apoplexie utéro-placentaire ou de fixation chirurgicale défectueuse (LECANNELIER) ont été évoquées.

Dans l'observation n°19, il s'agit de la réunion de plusieurs facteurs : curetage très appuyé, cicatrice de césarienne ajouté à un facteur évident de rupture utérine : fil de cerclage non enlevé.

Il est tout à fait aisé de comprendre le mécanisme d'une telle rupture.

B₂ • Les ruptures utérines au cours du travail : 60 cas soit 98,25 %.

Classiquement, on les divise en :

- ruptures spontanées sur utérus sain
- ruptures provoquées
- ruptures sur utérus cicatriciels.

Toutes ces ruptures sont retrouvées dans des proportions (tableau n°III), différentes.

		! Ruptures sur !	Ruptures provoquées
Ruptures spontanées : 42 cas soit 68,85 %		! utérus cicatri- !	! 4 cas
		! ciels : 14 cas !	! soit 6,55 %
		! 22,85 % !	!
1) <u>Dystocies maternelles</u>	a) <u>dystocies osseuses</u> : 1) <u>cicatrices de</u>	! B.G.R. = 2 cas !	! <u>forceps</u> : 0
	b) <u>dystocies dynamiques</u> interie uterine	! <u>césarienne</u> : 11 !	! 2) <u>ocytociques</u> : 3
2) <u>dystocies foetales</u>	ou non dilatation	! 2) <u>autres inter</u> !	! 3) <u>manoeuvres obs-</u>
	du col == 17 cas	! <u>ventions endo</u> - !	! <u>tétricales</u> : 1
3) <u>causes ovulaires</u>	a) <u>excès de volume</u> :	! <u>utérines</u> : 3 !	!
	- gros foetus : 9	!	!
4) <u>causes non retrouvées</u> : 6 cas	- hydrocéphalie : 1	!	!
	b) <u>présentation dysto-</u>	!	!
	<u>ciques</u> :	!	!
	- siège 3	!	!
	- épaule 2	!	!
	- face 1	!	!
	- transversale 1	!	!
	(<u>hydramnios</u> : 0	!	!
	(<u>insertion du placenta</u> !	!	!
	(<u>sur cicatrice</u> : 0	!	!
	!	!	!
	!	!	!

TABLEAU III - PRINCIPALES CAUSES DE RUPTURE UTERINE EN GENERAL ET CELLES RETROUVEES CHEZ NOUS EN PARTICULIER.

1) • Les ruptures spontanées du travail sur utérus sain : 68,85 %

Elles sont les plus fréquentes dans les pays où les effectifs de Médecins ou Sage-femmes sont insuffisants comme le montre tableau IV.

TABLEAU IV - TAUX DE RUPTURES SPONTANÉES EN AFRIQUE ET DANS LE MONDE

AUTEURS	L I E U	Pourcentage
MENON	Inde	57, 8
BOUICHOU	Abidjan	70, 8
MILLET-LACOMBE	Bordeaux	20,83
CHASTRUSSE	France	19, 4
THOULON	France	19, 6
SHEBAT	France	3, 2
RENAULD et coll. ..	Côte - d'Ivoire	45

On les classe en :

a). causes maternelles :

a.1. dystocies osseuses : les bassins généralement retrécis ont été les seules causes retrouvées.

Ailleurs les bassins aplatis et ostéo-malaciques sont en cause. La rupture utérine se produit toujours après un travail prolongé.

Si nous ne trouvons que très peu de ruptures utérines attribuées aux dystocies osseuses, c'est que le personnel est suffisamment averti et prête attention et ces dystocies osseuses occupent le devant des statistiques déjà parues sur les césariennes.

a.2. les dystocies dynamiques : retrouvées dans 17 cas de rupture utérine. Il s'agit ici donc d'une cause importante de rupture utérine.

Il faut entendre par dystocie dynamique, toute difficulté survenant au cours du travail du fait de la qualité des contractions utérines ou de la dilatation du col. Les troubles dynamiques au niveau du corps utérin peuvent être soit une hypertonie, soit une atonie ; ceux du col utérin n'étant ici qu'une conséquence car il n'y avait aucune lésion préexistante au niveau du col pouvant expliquer la non dilatation ou la dilatation incomplète de ce dernier.

Dans tous les cas la finalité étant l'arrêt du travail ou à la longue la rupture utérine car, l'obstacle que constitue le col ne permet pas à l'accouchement son évolution normale.

c). Les causes ovulaires : on retrouve dans la littérature les hydramnios, insertion du placenta sur utérus. Aucune de ces causes n'a été retrouvée.

d). Causes non retrouvées : dans 6 de nos observations, nous n'avons retrouvé aucune cause véritable de la rupture utérine en dehors du travail prolongé. Mais dans ces cas, la rupture était produite avant l'entrée dans le service.

Dans trois des cas où la parité est égale ou inférieure à 4 (observations n° 17, 16, 14), nous pensons à une insuffisance de renseignements.

Dans les 3 autres cas (observations n° 10, 40 et 54) où la parité est égale ou supérieure à 4, la multiparité peut être incriminée.

En effet, les ruptures utérines chez de grandes multipares sans cause apparente ont été signalées.

Le rôle de la malnutrition dans ces ruptures serait déterminant.

2). Les ruptures sur utérus cicatriciels : 22,85 %.

Dans les statistiques européennes ou américaines, elles occupent le premier rang.

TABLEAU V - TAUX DE RUPTURE UTERINE SUR UTERUS CICATRICIEL EN AFRIQUE ET DANS LE MONDE.

Auteurs	Année	L i e u	Pourcentage
BOUICHOU	1972	Abidjan	26,5
LHERM	1960	Paris	60
BOUFJEMA	1974	Tunisie	29,5
BRUN et coll.	1969	Maroc	20
CALLENS	1958	Algérie	20
CHAMPAULT	1978	France	60
CHASTRUSSE		France	60
SHEBAT		France	63,4
THOULON		France	65,4

Pour expliquer cette extrême fréquence des dystocias dynamiques on incrimine plusieurs facteurs : la multiparité, cause d'atonie musculaire ; mais surtout notre contexte socio-culturel à savoir qu'en milieu rural ou même dans certains centre de maternité, on fait pousser la parturiente dès le début du travail dans le but d'une expulsion rapide. Ceci aboutit très rapidement à l'épuisement de la femme, le travail se trouve perturbé et l'inertie utérine s'installe irrémédiablement.

Ces dystocias ont été retrouvées 10 fois sur 17 chez les multipares de plus en plus de 5 enfants, 2 fois chez les primipares âgées.

b). Les causes foetales

b₁. l'excès de volume :

- 9 fois la macrosomie a été la cause de la rupture utérine.

Classiquement, le "gros foetus" pèse 4 kg ou plus, le poids du foetus augmente à chaque grossesse. Chez nous ce chiffre est de l'ordre de 3 kg500.

Dans 7 cas le poids du foetus était égal ou supérieur à 4 kg, dans 2 cas le poids était égal ou supérieur à 3 kg 800.

- l'hydrocéphalie : est intervenue 1 fois comme cause de la rupture utérine (observation n°49.)

b₂. Les présentations dystociques : 5 cas.

- présentation de l'épaule négligée : 2 cas
- siège : 1 cas
- face : 1 cas
- transversale : 1 cas.

Si les présentations vicieuses n'occupent pas ici la tête du classement, il faut remarquer qu'elles demeurent l'une des causes fréquentes de césarienne.

Dans notre milieu, la femme travaille pendant toute la durée de la gestation et souvent même jusqu'au début du travail. Nous pensons que cet état pourrait être un facteur pouvant nuire à la bonne présentation.

Il s'agit essentiellement dans notre série de cicatrice de césarienne (11 cas sur 14), de cicatrice de myomectomie, de curetage.

La mauvaise qualité de la cicatrice est presque toujours à l'origine. Il y a un lachage de cette dernière lorsqu'il y a un obstacle quelconque à l'accouchement. D'où l'importance de faire des hystérogaphies après césariennes qui deviennent de plus en plus croissantes dans nos pays.

3). Les ruptures provoquées : 4 cas (6,55 %). Observations n°1,4,41 et 52.

Il y a trois façons ici de provoquer la rupture : la "main, l'acier et l'hypophyse."

- la main : il s'agit de manoeuvres obstétricales intempestives : version par manoeuvre interne ou externe, grande extraction de siège, expression "forcée".

- l'acier : c'est l'application intempestive de forceps :

- forceps sur col incomplètement dilaté
- sur présentation non engagée

Nous n'avons retrouvé aucune rupture liée à cette cause.

- l'injection d'ocytociques : 3 cas.

Nous avons souligné la grande fréquence des dystocies dynamiques auxquelles on pourrait palier par l'injection d'ocytociques. Cependant, la grande majorité des dystocies se trouvait chez de grandes multipares.

Or l'une des contre-indications de ces ocytociques demeure la multiparité.

Pour toute injection d'ocytociques, respect des impératifs suivants :

- pas d'injection (ou injection à dose infime et dans une perfusion) aux grandes multipares.
- surveillance très attentive des perfusions.
- ne pas dépasser la durée d'une heure.
- perfusion lente en raison de 20 à 25 gouttes par minute.
- inexistence de disproportion foeto-pelvienne.

L'existence de plantes ocytociques administrées souvent à tort lors des accouchements en zone rurale est réelle, et CAER et coll. ont beaucoup insisté comme cause de rupture utérine. Nous ne signalons pas de ruptures relevant de cette cause parce que les enquêtes étiologiques ne furent pas parfois très poussées, mais surtout par la grande discrétion des parturientes.

4). Conclusion : les ruptures utérines ne relèvent pas d'une seule cause mais de plusieurs pouvant s'intriquer.

Ainsi, nous voyons l'association de plusieurs facteurs favorisant ou provoquant la rupture dans bon nombre de nos observations : n°13 (siège et manoeuvre), n°36 (présentation de l'épaule et tentative de version), n°39 (gros fœtus et tentative de forceps.)

MECANISME DES RUPTURES UTERINES

1). Ruptures provoquées

Selon LALUQUE et TOURNIER-LASSERVE, le mécanisme d'une rupture provoquée par une manoeuvre obstétricale mal posée ou d'exécution défectueuse est clair. Cette rupture apparaît souvent sur un utérus déjà pathologique en état de pré-rupture et le geste n'est que déclenchant.

Il faudrait classer dans ces agents provocateurs les véritables traumatismes obstétricaux qui sont les expressions de force ou les tractions intempestives sur membres procdents, encore courantes dans nos pays.

2). Ruptures spontanées :

Le mobile constitué par le foetus est arrêté dans sa progression par un obstacle. L'utérus lutte. Dans cette lutte prolongée, il cède et se rompt. Les théories les plus souvent admises parmi toutes celles qui ont invoquées sont celle de la distension exagérée de BANDL, et celle de l'usure perforante de BRENS à laquelle on pourra ajouter la notion d'ischémie apportée par DONNIER.

a). théorie de BANDL : la rupture est le résultat d'une distension exagérée du segment inférieur sous l'effet des contractions utérines. L'utérus chasse le foetus qui, bloqué, se loge en le distendant, dans le segment inférieur. Le corps utérin se ramasse sur lui-même (l'anneau de BANDL remonte) et augmente sa puissance tandis que le segment inférieur se laisse distendre, s'amincit de plus en plus et se déchire à la longue. Ce mécanisme explique les dystocies osseuses.

b). théorie de l'usure perforante : a été évoquée par Mme LACHAPELLE puis défendue par BRENS et reprise enfin par IVANOFF et SIMPSON. La rupture utérine s'expliquerait par la compression prolongée de la paroi utérine sur le relief du détroit supérieur. La compression joue un rôle plus favorisant que déterminant, en effet, elle immobilise la partie basse du segment inférieur qui, tiraillé par le corps utérin, cède suivant le mécanisme invoqué par BANDL.

c). dans cette usure perforante DONNIER fait jouer un rôle très important à l'ischémie, conséquence de la compression. Elle est d'autant plus importante que la lutte contre l'obstacle se prolonge. On peut la comparer à l'ischémie responsable des fistules vésico-vaginales si fréquentes en Afrique.

En résumé : une dystocie osseuse ou des parties molles, un excès de volume ou la présentation dystocique du foetus, responsables de la gêne à la descente du mobile foetal dans la filière maternelle, déclenchent une lutte de l'utérus contre l'obstacle à son évacuation. La persistance de la cause première, la prolongation de la lutte, la moindre résistance d'un utérus cicatriciel, le traumatisme intempestif manuel ou autre seront à l'origine de la rupture utérine. La distension et la compression s'intriquent mais l'ischémie des tissus a un rôle déterminant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude de l'anatomie pathologique permet de dégager les caractères essentiels des ruptures. Elle dicte la conduite à tenir.

1). Siège des ruptures utérines.

TABLEAU VI - LOCALISATION DES RUPTURES UTERINES EN FONCTION DE LEUR SIEGE.

Localisation	Rupture durant le travail			Rupture durant la gestation	Total
	Spontanées	Utérus cicatriciels	Provoquées		
Corporéale	5	1	-	1	7
Segmento-corporéale!	4	2	-	-	6
Segmentaire	30	5	4	-	39
Cervico-segmentaire!	3	6	-	-	9
Total	41	14	4	1	61

a). les ruptures corporéales : 7 fois le siège de la rupture intéressait le corps utérin, dont 5 ruptures spontanées, une rupture sur utérus cicatriciel et l'unique rupture intervenue au cours de la gestation.

b). les ruptures segmentaires : sont les plus nombreuses (39 cas). Traumatiques ou spontanées, dûes à l'accoucheur ou à la contracture utérine, elles peuvent siéger en tout point du segmentaire inférieur. Deux fois le siège était la face postérieure du segment inférieur. Dans les autres cas, le siège était la face latérale mais surtout la face antérieure du segment inférieur.

Cette grande fréquence de la rupture utérine au niveau du segment inférieur s'explique par la particulière fragilité de ce segment mais aussi son fonctionnement.

c). les ruptures segmento-corporéales ou cervico-segmentaires : sont dûes à une propagation le plus souvent d'une déchirure du segment inférieur sur le corps ou sur le col ou l'inverse.

2) direction : elle peut être verticale, oblique ou transversale pouvant revêtir tous les aspects.

3) étendue : l'étendue de la rupture est en général très importante. Les troubles vasculaires sont très importants : nécrose, infarctissement et ischémie. Les lésions infectieuses ne sont pas rares.

4) profondeur : selon la profondeur des lésions, on classe les ruptures en :

- ruptures complètes : les plus fréquentes. Elles se rencontrent aussi bien sur le corps que sur le segment inférieur. Elles intéressent toutes les tuniques et font communiquer la lumière utérine avec la cavité abdominale.

- rupture incomplète : n'intéresse pas toutes les tuniques. Elle est sous-péritonéale (sur segment inférieur) ou extra-muqueuse (sur le corps.)

5) le contenu utérin : le fœtus et le placenta peuvent rester dans la cavité utérine ou au contraire loger dans la cavité abdominale. Dans ce dernier cas l'utérus retracts sur lui-même et donne une masse sus-pubienne, l'hémorragie sera moins importante.

6) les ruptures compliquées : sont celles où se surajoutent des lésions des organes voisins :

- appareil digestif : sigmoïde, rectum, grêle
- organes urinaires surtout : vessie, urètres.

Ces lésions peuvent être des déchirures, des nécroses, des infiltrations sanguines ou même une gangrène ischémique.

- la paroi abdominale peut être intéressée
- les vaisseaux : peuvent être arrachés et posent le plus grand problème de réanimation.

SYMPTOMATOLOGIE

I - RUPTURES SPONTANÉES PENDANT LA GROSSESSE.

Notre unique cas (observation n° 19) s'est produit au 7^e mois de la gestation chez une seconde mère avec antécédent gynéco-obstétrical chargé.

La rupture s'est brutalement manifestée par :

- des douleurs abdominales atroces
- une hémorragie utérine importante
- l'installation rapide d'un état de choc
- la disparition des bruits du cœur foetal.

II - RUPTURES SPONTANÉES PENDANT LE TRAVAIL

Ce sont des ruptures dites "archaïques", se voyant essentiellement en cas de disproportion foeto-pelvienne ou de présentation vicieuse, intervenant sur un utérus jusque-là "sain". Ces ruptures classiquement se manifestent pour trois stades :

1) premier stade ou phase de pré-rupture : très important à connaître. L'accouchement traîne depuis plusieurs heures voire plusieurs jours.

On assiste à une intensification du rythme et de la durée des contractions utérines, qui deviennent subintrantes, l'utérus ne relâche plus entre les contractions. C'est la classique tempête de douleur où la femme souffre de façon continue sans répit.

Cette phase s'extériorise de façon objective par la triade de BANDL - FROMMEL :

- ligaments ronds tendus, durs et douloureux
- l'anneau de BANDL (retrécissement) remonte
- l'utérus prend une forme en "sablier", conséquence des deux premiers faits. Cette phase peut passer inaperçue si l'accouchement n'est pas surveillé, alors survient la deuxième phase qui est celle de la rupture proprement dite.

2). phase de rupture : l'utérus à la longue va se rompre. C'est le drame de de la rupture.

La femme ressent une douleur atroce siégeant dans la région dont elle souffrait constamment.

Elle a l'impression soudaine d'un liquide chaud qui s'écoule dans l'abdomen.

Une syncope, des cris, des agitations peuvent accompagner la rupture.

3). le troisième stade : est celui de la rupture confirmée.

On note des signes maternels et foetaux :

- arrêt complet du travail : c'est l'acalmie traitresse qui ne trompe pas un esprit averti (LALUQUE et FOURNIER.)

- tableau de choc s'installe et s'accroît
- le ventre devient douloureux dans son ensemble
- l'hémorragie peut s'extérioriser par la vulve
- la présentation est haute et peut passer partiellement ou entièrement dans la cavité abdominale et devient palpable sous la paroi de l'abdomen
- les bruits du coeur foetal ne sont plus perçus.

Pour notre part, nous avons rarement rencontré les deux premiers stades car la grande majorité de nos parturientes provenait comme nous l'avons déjà souligné des zones rurales souvent après plusieurs heures, voire jours de travail.

Dans la plupart des cas, la malade a été reçue au dernier stade et le diagnostic à l'arrivée était plus ou moins évident.

C'est ainsi que dans 18 cas, le diagnostic a été soit par la palpation du foetus sous la paroi abdominale, soit par la palpation de la brèche utérine à travers cette même paroi.

Dans les autres cas, le diagnostic a été évoqué par :

- la disparition des bruits du coeur foetal
- l'hémorragie par la vulve
 - l'état de choc
 - la douleur diffuse ou localisée.

Tous ces signes ajoutés bien sûr à la notion de travail prolongé ou arrêté de dystocie.

Dans tous les cas le diagnostic a été confirmé par la laparotomie.

III - LES RUPTURES PROVOQUEES

1). Dans les injections intempestives d'ocytociques :

Les signes suivants doivent retenir l'attention et conduire directement au diagnostic ou à la césarienne :

- l'arrêt complet du travail
- l'hémorragie par la vulve
- le choc d'installation brutale ou progressive
- l'altération des bruits du coeur foetal.

La césarienne permet comme toujours de redresser le diagnostic.

2). Dans les manoeuvres obstétricales :

L'hémorragie après l'extraction du foetus doit attirer l'attention et faire rechercher une cause.

La révision utérine qui doit être de règle après toute manoeuvre obstétricale affirme le diagnostic de la rupture.

IV - LES RUPTURES SUR UTERUS CICATRICIEL

Ces ruptures ont été diagnostiquées dans différentes circonstances :

- 1). dans 3 cas (obs. n°30, 42 et 46), la révision utérine après l'accouchement par voie basse
- 2). lors du travail, par la palpation du foetus sous la paroi abdominale ou de la brèche utérine 4 fois (obs. n°32, 57, 59 et 60)
- 3). enfin dans 7 cas, la découverte de la rupture a été faite lors de la césarienne (obs. n°5, 25, 45, 7, 18, 50, et 55).

Ces ruptures sur utérus cicatriciel sont des formes atypiques de rupture utérine et les signes suivants même isolés doivent être systématiquement recherchés sur toute parturiente antérieurement césarisée et l'apparition de l'un quelconque de ces signes doit commander l'intervention immédiate :

- liquide amniotique teinté
- modification des B.C.F.
- douleur même modérée au niveau de l'ancienne cicatrice car la douleur est le premier signe annonciateur de la rupture utérine.

C'est une douleur qui siège généralement au niveau de la cicatrice, est exagérée par la palpation.

- contractions peu efficaces
- dilatation du col ne progressant pas franchement entre deux examens successifs.

Si ces signes ne sont pas des signes évidents de rupture utérine, ils ont une indication formelle pour l'intervention.

"En présence d'utérus cicatriciel, il ne peut plus être question d'attendre l'établissement d'un tableau évident de rupture, il faut intervenir à la moindre anomalie."

La révision utérine reste donc un geste obligatoire après l'accouchement de toute femme antérieurement césariée.

TRAITEMENT

I - MOYENS CURATIFS :

La rupture utérine diagnostiquée pose une indication opératoire formelle. En tant que urgence obstétricale type, elle doit bénéficier du concours de la réanimation.

A - Réanimation et anesthésie à l'hôpital du Point-"G" :

Les conditions qui doivent être réunies pour faire face à toutes les urgences obstétricales n'existent actuellement pas au niveau de bon nombre de cercles ; l'hôpital reste encore le lieu de traitement privilégié des urgences obstétricales notamment la rupture utérine.

Parmi les multiples problèmes posés par la rupture utérine, le problème vital de la mère est au premier plan.

Les mauvaises conditions d'évacuation des parturientes entre le centre de Santé et l'hôpital aggravent l'état général des malades. En effet dans bon nombre des cas, le pronostic foetal étant d'avance péjoratif, mieux vaut retarder le geste chirurgical de quelques heures pour mettre en jeu une réanimation active. Ce délai assure à la mère de meilleures conditions de passage d'une étape anesthésique et chirurgicale souvent éluçtable. Au préalable, il est bon de faire un rappel physiopathologique.

1) Rappel physiopathologique :

Expliquer l'état précaire de ces malades, c'est rappeler qu'elles sont l'objet d'agression en chaîne.

a) L'anémie est au premier plan :

Cette anémie est souvent d'origine médicale, antérieure à l'accouchement. On l'attribue au paludisme chronique, à la sous-alimentation et aux grossesses multiples rapprochées.

Mais l'anémie précaire est aggravée au cours de la rupture par l'hémorragie plus ou moins importante (comme l'on observe dans bon nombre de nos observations.) On peut lire des résultats de numération globulaire inférieure à un million par mm³.

b). La tendance hypoglycémique :

Elle est surtout le fait de l'épuisement musculaire par un travail inefficace et prolongé.

c). L'instabilité cardio-vasculaire : dépend pour une part de l'anémie et de la déshydratation. Elle dépend peut être surtout d'une douleur continue. Tachycardie et hypotension rétentissent bien entendu sur la diurèse et majorent d'autant une azotémie, elle-même liée à l'hypercatabolisme.

d). L'infection : l'attente, elle passe parfois au premier plan. La rupture ancienne de la poche des eaux peut provoquer une infection de l'oeuf ; infection qui peut être communiquée à la mère. C'est pourquoi en per-opératoire il a été constaté des péritonites pelviennes ou même généralisées.

De même, nous avons constaté des infections urinaires et digestives notamment des diarrhées qui sont responsables de déshydratation, de déséquilibres ioniques, acido-basiques.

e). Les troubles de coagulation : les examens faits ailleurs systématiquement pour les rechercher, ne sont pratiqués ici que sur orientation clinique : taux de prothrombine, numération plaquettaire, dosage de fibrinogène.

2). Objectifs de la réanimation :

a). Restauration du pouvoir oxyphorique du sang : les transfusions de sang concentré sous forme de culots globulaires sont les plus indiqués. Sous un petit volume, de telles préparations restaurent rapidement une normocythémie. Même en absence de fourniture par la Banque de Sang, nous pouvons en disposer par simple décantation des flacons renversés pendant une demi-heure avant la transfusion. Seul le sédiment globulaire est donné au malade, le surnageant étant jeté.

Plus difficile est d'obtenir du sang frais datant de moins de 48 heures, apportant des globules fonctionnels en grand nombre.

L'oxygène sera apportée sous forme continue à raison de 4 à 6 litres par minute, soit au masque, soit après intubation si malade inconsciente ou si elle respire mal.

b). Restauration de la capacité bioénergétique : elle se fera par l'apport endoveineux continu de glucose hypertonique à 20 ou 30 %. On règle le débit à 10 gouttes par minute. Cela évite un effet de diurèse osmotique et permet une meilleure utilisation métabolique. Celle-ci est encore facilitée par l'adjonction de 10 unités d'insuline ordinaire par 50 g par sucre et des vitamines du complexe B.

Les lipides intraveineux très caloriques, mais de conservation délicate et parfois mal tolérées seront évitées, ainsi que les acides aminés qui sont mal assimilés par de tels organismes.

Les autres besoins hydrominéreaux se font par l'**alternance** de sérum salé à 9 pour mille ou de Ringer-Lactase avec du sérum bicarbonaté à 14 pour mille.

c). Les médications spécifiques : elles seront véhiculées par ces divers sérums ou injectées directement dans les tubulures. Elles comprennent :

- les corticoïdes ou corticostimulines : efficaces dans le traitement des chocs de toute origine.

Nous employons l'hémisuccinate d'hydrocortisone à la dose de 500 mg renouvelable 3 fois par 24 heures.

- les médicaments vaso-actifs seront utilisés avec discernement.

Ils visent à maintenir ou rétablir un état cardio-circulatoire correct au-delà des problèmes volémiques.

- les antipaludéens seront adjoints systématiques
- les antibiotiques seront donnés en cas d'infection
- les antihémorragiques banaux sont également prévus avec une confiance limitée
- les antalgiques et les stabilisateurs neuro-végétatifs seront souvent associés, après avoir eu la certitude d'un remplissage vasculaire correct.

L'emploi indifférent des salicylés, injectables et des dérivés pyrazolés nous a paru satisfaisant.

Le dropéridol, la lignocaïne et l'hydergine ont un emploi très large mais codifié.

3). Conduite pratique :

La rupture utérine est une urgence obstétricale grave qui justifie une conduite systématique bien codifiée comme d'ailleurs toute urgence obstétricale.

Dès l'arrivée dans le service, une fiche de surveillance est établie. L'infirmier relève immédiatement le pouls, la tension artérielle et la température. Il prélève dans deux échantillons de sang pour les analyses (groupage, azotémie, glycémie et numération formule.) Il branche un sérum banal d'attente.

Pendant ce temps, la sage-femme pratique une toilette vulvo-périnéale large, évacue la vessie par sondage. Le chirurgien peut se trouver devant l'un des cas suivants :

a). l'état général maternel non altéré : le pronostic obstétrico-foetal est au premier plan. On interviendra immédiatement et la réanimation standard sera per et post-opératoire. On se méfiera toutefois des apparences trompeuses d'une tension artérielle maintenue à des chiffres subnormaux. Une possibilité d'effondrement brutal est toujours redoutée en cas de tachycardie associée.

b). état général maternel altéré : il convient dans ce cas de donner la priorité à la réanimation.

4). L'anesthésie :

Elle est le prolongement de la réanimation. La narcose est apportée de préférence par le gamma OH qui est cependant à éviter chez les sujets épileptiques et dans les éclampsies.

On a recours à l'hémineurine ou au viadril.

La kétamine, de tendance sympatholytique est interdite dans l'éclampsie.

La surveillance de la tension artérielle, de la pression veineuse, de la diurèse horaire, du saignement opératoire sont des éléments d'ajustement thérapeutique.

B - Le traitement des lésions.

C'est l'opération par la voie haute. Ce traitement est dirigé par les lésions anatomiques.

La tendance actuelle est la suture rendue favorable par la réanimation, l'hystérectomie n'est pratiquée que "la main forcée".

Le tableau n°VII résume les différents modes de traitement pratiqués.

TABLEAU VII -- DIFFERENTS MODES DE TRAITEMENT DES RUPTURES UTERINES AU POINT-"G"

Type de Traitement	Type de rupture utérine			TOTAL
	Ruptures spontanées	Ruptures sur utérus cicatriciels	Ruptures provoquées	
Suture simple	23	7	2	32 (52,45%)
Suture + stérilisation	3	2	0	5 (8,19%)
Hystérectomie totale	3	2	0	5 (8,19%)
Hystérectomie subtotale	11	4	2	17 (27,86%)
Décès pré ou per-opératoire	2	0	0	2 (5,31%)
Total	42	15	4	61 (100%)

a). Suture : (37 fois sur 61).

Nous avons été amenés à pratiquer 32 fois la suture simple et 5 fois la suture + stérilisation.

Les acquisitions récentes de l'anesthésie et de la réanimation et surtout la lutte anti-infectieuse ont remis en question la possibilité de suturer l'utérus rompu, ce qui était naguère considéré comme "pure folie."

Les inconvénients que lui reprochaient ses adversaires (à savoir trop lente pour être effectuée sur malade en état de choc) ont perdu du terrain avec les méthodes de réanimation moderne.

On a surtout pratiqué la suture en deux plans par des points séparés, la stérilisation a été par ligature ou résection des trompes.

b). L'hystérectomie

La suture a ses limites. En effet dans les lésions importantes, on a recours à l'hystérectomie. Elle peut être totale (5 cas) mais surtout subtotale laissant en place un moignon (17 cas). Tout cela est affaire de cas particuliers.

c). L'abstention thérapeutique appartient à l'histoire ainsi que les interventions par voie basse : drainage transutérin de la cavité abdominale, tamponnement utéro-abdominal; suture utérine par voie basse, hystérectomie vaginale. Toute rupture diagnostiquée doit être opérée par la voie haute.

II - MOYENS PREVENTIFS

Tout l'intérêt de l'étude de la rupture utérine réside dans sa prévention. En effet la connaissance de la pathogénie, du mécanisme et de la symptomatologie de la rupture utérine permet de l'éviter dans une grande mesure par l'acquisition de notions simples et une médication minimale. Cette prophylaxie se situe à plusieurs niveaux :

1). au niveau administratif :

C'est le développement accéléré de l'infrastructure médico-chirurgicale dans tout le pays. C'est aussi le développement de l'infrastructure routière et des moyens de locomotion à tous les niveaux.

2). au niveau médical :

a). c'est l'éducation sanitaire (émissions à la radio, dans les P.M.I. etc...) Sur l'hygiène générale et alimentaire de l'enfant et de l'adolescent qui a une influence directe sur le développement du bassin.

b). pendant la grossesse : consultations prénatales régulières dans le but de dépister les grossesses à risque (bassin vicieux, gros foetus, femme naine, etc...) et de les diriger en temps opportun sur les centres chirurgicaux.

c). pendant l'accouchement :

- faire une surveillance régulièrement de tous les accouchements (même ceux paraissant apparemment faciles) pour mettre en évidence les dystocies fonctionnelles (asynergies entre le corps et le col) et de poser à temps l'indication d'une éventuelle césarienne tout en tenant compte de l'intérêt de l'enfant. Pour cela, généralisation des partogrammes dans les maternités.

- stricte application des règles d'emploi d'ocytociques : surveillance stricte, contre-indiqués pour les utérus cicatriciels, les métritiques, les grandes multipares ; pas d'ocytociques en IM.

Nous ne pouvons sous silence les accouchements à domicile par certaines sages-femmes et même personnels non qualifiés, considérés comme un snobisme par nos populations (surtout à Bamako), au cours desquels les ocytociques sont employés à tort pour "accélérer" l'accouchement. Les conséquences fâcheuses déjà enregistrées doivent faire disparaître de telles pratiques.

- pour une version par manoeuvre interne, il faut un col à dilatation complète, une présentation mobile, l'absence de rétraction de l'utérus, un bassin compatible.

- pour le forceps : tête engagée sinon à la vulve, col à dilatation complète, membranes rompues et bassin normal.

- surtout étendre l'indication des césariennes que des manoeuvres intempestives en particulier l'embryotomie qui est à banir de la pratique obstétricale.

La césarienne corporéale de mauvaise cicatrisation doit être abandonnée au profit de la segmentaire réputée donner une cicatrice de bonne qualité. Cependant lors de l'intervention bien reconnaître le segment inférieur pour l'incision, bien affronter les bords et faire une suture point par point au catgut et une péritonisation correcte.

- pratique systématique de l'hystérogaphie à partir du 3^e mois de toute intervention sur l'utérus doit être de règle pour apprécier la qualité de la cicatrice et de porter un pronostic obstétrical.

- mise en garde de toute femme césarisée de venir accoucher en milieu chirurgical.

- ne jamais tirer sur un membre procident ou sur le cordon.

3). au niveau individuel :

C'est la fréquentation des P.M.I. par les gestantes, c'est l'hygiène de vie : repos, alimentation correcte pendant la grossesse.

Quand toutes ces conditions seront remplies, la rupture utérine deviendra un accident rare et de pronostic meilleur.

PRONOSTIC

I - PRONOSTIC FOETAL.

Nous avons enregistré 10 enfants vivants sur 61 dont 5 chez les ruptures spontanées sur utérus sain et 5 chez les ruptures sur utérus cicatriciel. Soit 16,55 %. Dans ces 10 cas la femme était reçue dans un bon état général, les bruits du coeur foetal étaient audibles à l'arrivée. Ce qui avait motivé l'intervention d'urgence. Nous voyons donc que le pronostic foetal est fonction du type de la rupture (plus favorable des ruptures sur utérus cicatriciel), de son étiologie et surtout de la précocité du traitement.

Toutes ces ruptures étaient des déchirures simples au niveau du segment inférieur et provenaient des maternités voisines de Bamako ou de Kati (15 km. de Bamako.)

TABLEAU VIII - QUELQUES TAUX DE MORTALITE FOETALE EN AFRIQUE ET DANS LE MONDE.

<u>A u t e u r s</u>	<u>P a y s</u>	<u>Mortalité foetale</u>
CHAUDURI	Inde	97,5 %
MAWUPE-VOVOR	Togo	90 %
FERRE	Cameroun	85,2 %
LECANNELIER	Sénégal	84,6 %
COLOMBETTI	Congo	84,2 %
PRA BHAVATI	Inde	83, %
BOUICHOU	Côte d'Ivoire	77,6 %
RENAULD	Côte d'Ivoire	60 %
BEACHAM	U.S.A.	55,6 %
THOULON	France	50 %
GARNET	U.S.A.	27,8 %
MATERNITE DU POINT-"G"	Mali	83,45 %

Le tableau VIII montre que le pronostic foetal est fonction du développement socio-sanitaire d'un pays.

II - PRONOSTIC MATERNEL.

Comme nous l'avons déjà dit, la rupture utérine est encore aujourd'hui responsable de décès maternels importants dans les pays en voie de développement et les pays africains en particulier. Parmi nos 61 ruptures utérines, nous avons eu à déplorer 22 morts maternelles, soit un taux de mortalité de 36,06 %. Parmi elles, 15 après hystérectomie, 5 après suture et 2 en cours d'intervention.

BOUICHOU dans sa thèse en 1972 (A bidjan) estime la mortalité maternelle à 18 %, CAER et coll. à 27 % (Bouaké).

Elle est très réduite dans les pays hautement médicalisés : WARE estime aux Etats-Unis à 200 morts tous les ans ; KIENDA à 5 % (Bordeaux).

La décompensation irréversible du choc, les phénomènes infectieux sont dans une large mesure responsables de cette mort. (obs. n°13, 27, 38 et 58).

Les lésions associées en particuliers vésicales, de traitement délicat, aggravent le pronostic. C'est ainsi que 3 décès sont survenus dans les cas où se surajoutaient des lésions vésicales (obs. n°6, 22 et 45).

Ce taux très élevé de mortalité s'explique par des conditions particulières :

- l'éloignement de l'hôpital du Point-"G" des zones rurales d'où proviennent nos parturientes pour une grande majorité.
- les moyens difficiles de transport avec pour conséquence l'hospitalisation de ces malades au stade de complications ou de choc irréversible (et même souvent la mort en cours de route.)
- l'état général précaire des malades par la malnutrition, le surménagement physique rendant insupportable toute intervention chirurgicale sans une réanimation correcte préalable. Cette réanimation est souvent impossible par le manque substantiel de matériel, les difficultés d'approvisionnement en sang et en drogues pharmaceutiques indispensables.
- et surtout l'inexpérience de certains opérateurs peu avertis de ce problème.

Suture fil. ?

- les erreurs techniques notamment la non suture des vaisseaux utérins atteints avec pour conséquence la levée tôt ou tard après le remplissage vasculaire, de l'hémostase précaire installé au moment de l'intervention. L'hémorragie interne dans ces conditions malgré l'intervention chirurgicale finit par emporter la malade. Ceci explique beaucoup de morts maternelles des deux premiers jours dans un état de collapsus cardio-vasculaire.

Une attention particulière doit être portée à l'hémostase pédiculaire pendant l'intervention. Si cette hémostase est incertaine, il vaut mieux recourir à l'hystérectomie.

III - MODALITES DU TRAITEMENT.

Pendant longtemps l'hystérectomie est restée le traitement de choix de la rupture utérine. La tendance actuelle est de remplacer cette opération mutilatrice par la suture qui n'est plus un problème actuellement, grâce aux progrès de la réanimation et l'antibiothérapie et en raison de nombreux avantages qu'elle a :

- conservation de la fonction de reproduction
- et surtout conservation de la menstruation qui a une très grande valeur dans notre société
- suites opératoires simples.

Cependant l'hystérectomie garde sa place dans les circonstances suivantes :

- dans les cas d'hémostase pédiculaire incertaine
- dans les déchirures des artères utérines
- dans les désinsertions de l'utérus au niveau du dôme vaginal
- dans les lésions étendues et les éclatements d'utérus rendant toute suture aléatoire avec risque de désunion et de péritonite mortelle
- rupture datant de plusieurs jours avec infection utérine avancée.

C'est ce qui justifie le nombre important d'hystérectomie pratiquées dans notre série (17 fois l'hystérectomie subtotale et 5 fois la totale.)

Une autre raison s'explique par le fait que les urgences obstétricales sont reçues et traitées par l'équipe chirurgicale de garde. Le choix de la technique est dans ce cas laissé à la seule appréciation du chirurgien.

Notre service de chirurgie attache beaucoup d'importance à l'hystérotomie pour les raisons citées plus loin. C'est pourquoi nous pensons préférable d'associer à la suture une stérilisation chaque fois que la femme a au moins 3 enfants vivants que de la priver de son utérus dans les cas où les lésions ne permettent pas d'obtenir une cicatrice de bonne qualité.

problème de la stérilité

leur grand besoin
1/2 femme

CONCLUSION GENERALE

L'étude de 61 cas de ruptures utérines traitées en janvier 1976 et juin 1979 permet de tirer des conclusions intéressantes :

1). la rupture utérine au cours de la gestation est exceptionnelle (1 cas sur 61) alors que la rupture au cours du travail est fréquente. Elle intéresse une population de femmes relativement jeunes des zones rurales du pays où les accouchements se font à domicile.

2). la fréquence réelle de la rupture est très difficile à déterminer. Elle est cependant élevée à la maternité du Point-"G" recevant essentiellement les urgences obstétricales.

3). du point de vue étiologie, les ruptures utérines sur utérus sains occupent la première place (68,85 %), en raison d'une infrastructure socio sanitaire insuffisante et du manque de personnel qualifié. Les ruptures d'utérus cicatriciel sont en pleine expansion en rapport avec le nombre de césarienne : 22,85 %. Les ruptures provoquées sont rares : 6,55 %.

4). l'étude anatomopathologique montre la grande fréquence des ruptures segmentaires : 39 sur 61. Les lésions associées notamment vésicales aggravent le pronostic.

5). sur le plan clinique, nous n'avons assisté à la symptomatologie tapageuse caractérisant les ruptures sur utérus sain parce que la rupture s'est produite dans l'immense majorité des cas en dehors de notre service.

Le diagnostic était plus ou moins évident à l'arrivée des parturientes.

La connaissance parfaite de la pré-rupture permettra d'intervenir à temps et d'éviter la rupture proprement dite.

Les ruptures sur utérus cicatriciel ont un tableau clinique plus discret. La surveillance de toute parturiente à utérus cicatriciel doit être stricte et l'intervention chirurgicale est sans attente en cas d'anomalie.

Il faudra mettre en garde toute femme césarisée de se faire suivre régulièrement en cas de grossesse et d'accoucher en milieu chirurgical.

L'hystérogaphie doit être généralisée après césarienne, elle permettra de pronostiquer tout accouchement ultérieur.

6). le diagnostic de rupture utérine posé, le traitement est l'opération par la voie haute.

Une réanimation pré - per et post-opératoire est nécessaire le plus souvent parce que les malades arrivent après plusieurs jours de travail dans un état de choc plus ou moins évident. Cette réanimation permet de réduire la mortalité maternelle et la pratique d'une chirurgie plus conservatrice.

Du point de vue technique opératoire, nous avons pratiqué :

- suture simple : 32 fois
- suture plus stérilisation : 5 fois
- hystérectomie totale : 5 fois
- hystérectomie subtotale : 17 fois.

Mais "plutôt prévenir que de guérir". C'est pourquoi la prophylaxie à plusieurs niveaux (administratif, mais surtout médical et individuel) permettra d'éviter dans une large mesure la rupture utérine.

7). Le pronostic de la rupture utérine demeure sombre :

- la mortalité foetale est de 83,45 %
- la mortalité materlle de 36,06 %

Ce pronostic est fonction de l'intensité du choc, de l'infection ou de l'importance de la rupture et de la précocité du traitement.

La réanimation ajoutée au traitement anti-infectieux et surtout un traitement précoce, permettent d'améliorer un tel pronostic.

Mais tous les efforts doivent tendre vers la prophylaxie. C'est elle qui peut dans un avenir assez proche réduire la rupture utérine sinon l'éradiquer./.-

BIBLIOGRAPHIE

1. ANIORT (J.)
Contribution à l'étude des ruptures utérines au cours des 6 premiers
mois de la grossesse.
Thèse Méd., Bordeaux, 1960, n° 196.
2. BA (R.)
La césarienne dans un centre de Santé rural.
A propos de 110 cas opérés à Bougouni.
Thèse Méd., Bamako, 1978,
3. BASSOULE (M.)
Conséquences obstétricales des malformations utérines.
Thèse Méd. Paris, 1958, n° 303.
4. BOUICHOU (Y.)
La rupture utérine.
A propos de 116 cas opérés au C.H.U. d'Abidjan.
Thèse Méd. Abidjan 1972, n° 27.
5. BOUDJEMA (S.), BENZINA BENCHEIKH (T.), LULEKA (A.C.)
A propos de 41 cas de rupture utérine.
Tunis Méd., 1974, (3) : 137-139.
6. BOULT (P.)
Rupture of unscarred uterus.
Lancet, 1964, 49, (7329) : 360-363.
7. BURGER (P.) et coll.
Quelques considérations sur la présentation du siège à la suite de don-
nées nouvelles à son sujet.
Gyn. Obst. 1961, 51, (4) : 461-477.
8. CAER (G.), BAKASSA et ALLANGA (Bouaké)
Les ruptures utérines en Afrique.
Méd. Afr. Noire, 1963, (11) : 527-530.
9. CAILLENS (M.)
A propos de 20 cas de ruptures utérines observées à la maternité de
l'hôpital Mohamed V à Mecknès.
Thèse Méd. Toulouse, 1958, n° 96.
10. CARRET (L.)
Rupture utérine avec enfant vivant.
Méd. Trop., 1969, 29, (2) : 201-203.
11. CHABERT (P.), COLL (H.), MATTEI (B.) et CALLEC (M.)
Doit-on faire encore des versions par manoeuvre externe dans la présen-
tation du siège ?
Rev. Franç. Gyn. Obst. 1978, (40) : 633-638.
12. CHAMPAULT (G.)
Ruptures utérines.
Expérience africaine de 64 cas.
J. Gyn. Obst. Biol. Rep. 1978, 7, (4) : 855-860.
13. CHASTRUSSE (L.), MALEVIALE (G.)
Vingt ans de ruptures utérines.
Bull. Soc. Féd. Gyn. Obst. 1966, 18, (3) : 248-252.
14. CHELLI (H.)
Aspect des ruptures utérines à la maternité de l'hôpital Charles
Nicole au cours des 5 dernières années 1969-1973.
Thèse Méd. Tunis, 1975 n° 50.

15. OBRREA (P.), DIOP (P.M), DIADHIOU (F.), BADIANE (S.)
La rupture utérine, hier et aujourd'hui à Dakar.
Bull. Soc. Méd. Afr. Noire, 1972, 17, (2) : 228-234.
16. DEFONTAINE (P.)
A propos de 50 ruptures utérines observées à l'hôpital du Point-"G"
Banako.
Méd. Trop. 1976, 36, (3) : 217-223.
17. DIRKPROPPING (M.D) and coll.
Uterine rupture following mid trimester abortion by laminaria, prostaglandin F2 alpha and oxytocin : Reports of two cases.
Am. J. Obst. Gyn. 1977, 128, (6) : 689-690.
18. DUMONT (M.), CONSENTINO (T.L) and coll.
Rupture utérine segmentaire après cerclage de l'utérus pendant la grossesse.
Am. J. Obst. Gyn. 1965, 91, (4) : 581-582.
19. DUMONT (M.)
La grossesse et l'accouchement chez les primipares âgées de plus de 35 ans.
Gyn. Obst. 1961, 61, (4) : 515-525.
20. EMILE (F.), CAVA (M.D)
Hysterectomy in a community hospital.
Am. J. Obst. Gyn. 1975, 122, (4) : 434-438.
21. ESCUDIE (L.)
Technique et résultats de l'hystérectomie totale.
Thèse Méd. Paris, 1919, n°266.
22. FAGUER (C.)
L'hystérectomie à travers l'histoire.
Thèse Méd., Paris, 1970, n°171.
23. FERRE (J.), ANTOINE (H.) ...
Le traitement médico-chirurgical des ruptures utérines.
Afr. Méd. 1970, 10, (89) : 343-348.
24. GALLO (P.)
Contribution à l'étude des ruptures utérines pendant le travail.
A propos de 9 observations.
Thèse, Méd. Grenoble, 1966, n°10.
25. GAUTHIER (G.)
Contribution à l'étude de l'ovaire restant après hystérectomie.
Thèse Méd. Paris, 1955, n°1003.
26. GAVEL (M.)
Anatomie et physiologie de l'isthme.
Thèse Méd. Paris, 1950, n°155.
27. GERNEIZ (L.), POIRET (C.) et HAUDEVILLE (H.)
A propos de 2 observations de rupture utérine survenue chez de grandes multipares à la suite de l'injection de doses minimales d'ocytociques.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1963, (2) : 177-179.
28. GOLDBERG (G.)
Contribution à l'étude de l'évolution actuelle de l'étiologie, de la symptomatologie des ruptures utérines.
Thèse Méd. Strasbourg, 1959, n°48.

29. GRIMES (D.A) et coll.
Fatal rupture during ocytocin augmented, saline-induced abortion.
Am. J. Obst. Gyn. 1978, 132, (2) : 224-226.
30. GUERBOUZ (K.)
A propos de 55 cas de ruptures utérines.
Thèse Méd. Alger, 1972, n°72.
31. JOHNSON (D.A), BEARD (R.T)
Perte d'un placenta : présentation inhabituelle d'une rupture de l'utérus dans le travail.
J. Obst. Gyn. Brit. Cwth. 1972, 79, (8) : 860-861.
32. HEINTZ (B.)
Les ruptures utérines.
Thèse Méd. Genève, 1958, n°38.
33. KIENDA (A.)
Le pronostic immédiat et éloigné des ruptures utérines.
Thèse Méd. Bordeaux, n°492.
34. LALUQUE (P.), TOURNIER-LASSERVE(G.H)
Les ruptures utérines au cours du travail.
A propos de 27 cas en Afrique Noire.
Gyn. Obst. 1962, 61, (5) : 756-785.
35. LAMARQUE (Y.)
A propos d'un cas de rupture tardive du post partum.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1967, 19, (1) : 15-17.
36. LACANNELIER (R.), BOURGOIN (P.)
Contribution au diagnostic pendant le travail des désunions des utérus cicatriciels.
Bull. Soc. Méd. Afr. Noire Lang. Fr. 1961, 6, : 92-95.
37. LHERM (J.G)
Contribution à l'étude des ruptures utérines.
20 ruptures survenues à la maternité de l'hôpital Lariboisière entre 1946 et 1960.
Thèse Méd. Paris, 1960, n°1015.
38. LYONNET (R.), COGNAT (M.) et ISMAEL (M.)
Rupture utérine à début incidieux et aggravation progressive.
Hystérotomie suivie d'hystérectomie : enfant vivant.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1970, 22, (1) : 64-66.
39. MAGNIN (P.), GABRIEL (H.) et THOULON (J.M)
Les ruptures utérines après césarienne antécédente.
Bull. Soc. Féd. Gyn. Obst. de Lang. Fr., 1966, 18, (3) : 259-262.
40. MARESZ-RENUCCI (P.)
Contribution à l'étude des ruptures utérines.
Thèse Méd. Toulouse, 1969, n°128.
41. MAWUPE-VOVOR (V.) et coll.
A propos de 60 cas de ruptures utérines observées à la maternité de Lamé.
Résultats et réflexions thérapeutiques.
J. Chir. 1965, 89, (4) : 445-449.
42. NOSNY (P.), LAINE (F.)
A propos de 4 cas de ruptures utérines "négligées".
Méd. Trop. 1969, 29, (2) : 51-54.

43. RENAULD (R.), LEISSNER (P.), BOURRY-HEYLER (C.), SANGARET (M.), BONDURAND (A),
et EKRA (C.)
Ruptures utérines après le 6^e mois.
A propos de 60 cas.
Rev. Fr. Gyn. Obst. 1969, 64, (4) : 165-176.
44. RICHOU (H.)
Contribution à l'étude des troubles psychiques après hystérectomie.
Thèse Méd. Paris, 1963, n°680.
45. RIVIER (M.), CHASTRUSSE (L.), DUBECQ (J.P) et DUCAU (P.)
Deux cas de rupture utérine après curetage.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1964, 13, (5) : 552-554.
46. RUIZ-VELASCO (V.) et coll.
Traitement conservateur des perforations, déhiscences et ruptures utérines.
Rev. Fr. Gyn. Obst. 1973, (4) : 232-236.
47. TONNAC de VILLENEUVE (R.)
Les ruptures utérines au cours de l'état gravide puerpéral.
14 Observations colligées à la clinique obstétricale de Lyon.
Thèse Méd. 1962, n°21.
48. TOURE (M.)
Les hystérotomies de sauvetage et les ruptures utérines.
La formation des matrones rurales.
Afr. Méd. 1975, 14, (126) : 35-38.
49. TRAORE (H.)
Les urgences obstétricales en milieu rural dans la région de Bamako.
Thèse Méd. Bamako, 1976, n°21.
50. VAGOT (T.), THIRAD (A.)
Mécanisme de rupture de l'utérus gravide sans cicatrice.
Am; J. Obst. 1972, 113 (6) : 848-849.
51. VANEXTER (L.) et NSAKA (T.)
Rupture utérine.
Etude de 132 cas.
J. Gyn. Obst. 1976, 5, (8) : 1 149-1 150.
52. VERNAY (A.) et PEREZ-VERA (F.)
Réflexion à propos de 248 cas de ruptures utérines.
Rev. Fr. Gyn. Obst. 1977, (3), : 197-200.
53. WAHL (P.), HIBON (J.), QUEREUX (C.) et CHASTE (F.)
A propos d'un cas de rupture extra muqueuse de l'utérus gravide.
Ann. Méd. Reims, 1975, 12, (2), : 129-130.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Les mots:

- B.C.F : Bruits du coeur foetal
- H.U : Hauteur uterine
- T.A : Tension arterielle
- T.V : Toucher vaginal
- B.G.R : Bassin généralement retreci
- Mme : Madame
- H.G.T : Hopital Gabriel Touré