

1989-02

# Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine ( à propos de 249 cas )

HARAKEYE, Marie-Goretti

UB, Faculté de Médecine

---

<https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/937>

*Téléchargé depuis le dépôt institutionnel officiel de l'Université du Burundi*

**UNIVERSITE DU BURUNDI**

**FACULTE DE MEDECINE**

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA  
GROSSESSE EXTRA-UTERINE  
(A PROPOS DE 249 CAS)**

**PROMOTEUR :**

**Dr. J. B. SINDAYIRWANYA**

Thèse présentée et soutenue  
publiquement par

**HARAKEYE Marie-Goretti**  
pour l'obtention du grade de  
Docteur en Médecine.

**BUJUMBURA, Février 1989**

## **DEDICACE.**

A la mémoire de mes parents

A mon épouse, Marie

Tu as supporté des moments d'absence avec amour et patience, merci de ta fidélité. Ce travail est aussi le tiens.

A nos enfants, Didier-Donald et Diella Michèle.

A mon frère et mes sœurs et leurs familles respectives

A tous mes amis.

## **REMERCIEMENTS**

**Au Pr.J.B.SINDAYIRWANYA :** Gynécologue-Obstétricien

Vous nous avez proposé ce travail et vous en avez assuré la direction.

Votre rigueur scientifique et vos remarques minutieuses nous ont aidé à l'élaboration de ce mémoire.

Veillez trouver l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

**Au Dr T.RUFYIKIRI :** Gynécologue-Obstétricien.

Vous nous faites l'honneur en président le jury de ce mémoire. Votre calme et votre gentillesse sont des exemples à suivre dans cette spécialité peu aisée.

**Au Dr F.NDARUGIRIRE :** Anesthésiste-Réanimateur.

Vous avez accepté spontanément de lire et juger ce travail malgré vos multiples engagements.

Nous vous en sommes très reconnaissant.

**Au Dr T.NKURUNZIZA :** Gynécologue-Obstétricienne.

Votre simplicité et votre disponibilité nous serviront toujours d'exemple.

Nous sommes honoré de vous avoir parmi nos juges.

**Au Pr.J.B.GIRAUD et Pr.P.POULAIN.**

Pour nous avoir accueilli et formé dans le service de Gynécologie-Obstétrique au CHU Régional de Rennes (FRANCE).

**A tous ceux qui,** de près ou de loin, ont contribué à notre éducation et notre formation intégrales tant au niveau préscolaire, primaire, secondaire, universitaire et post-universitaire.

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>ANT</b>	: Accouchement normal à terme
<b>APC</b>	: Avortement provoqué clandestin
<b>ATCD</b>	: Antécédents
<b>BGR</b>	: Bassin généralement rétréci
<b>CHUK</b>	: Centre-Hospitalo-Universitaire de Kamenge
<b>Coll</b>	: Collaborateur
<b>CPN</b>	: Consultation prénatale
<b>DDR</b>	: Date des dernières règles
<b>DFP</b>	: Disproportion foeto-pelvienne
<b>DIU</b>	: Dispositif intra-utérin
<b>DPPNI</b>	: Décollement prématuré du placenta normalement inséré
<b>FIV</b>	: Fécondation in vitro
<b>FRV</b>	: Fistule recto-vaginale
<b>FVV</b>	: fistule vésico-vaginale
<b>GEU</b>	: Grossesse extra-utérine
<b>GIU</b>	: Grossesse intra-utérine
<b>HCG</b>	: Human chorionic gonadotrophin
<b>HRP</b>	: Hématome rétro-placentaire
<b>IST</b>	: Infection sexuellement transmissible
<b>IVG</b>	: Interruption volontaire de grossesse
<b>KCl</b>	: Chlorure de Potassium
<b>LDT</b>	: Ligature des trompes
<b>MFIU</b>	: Mort fœtale in utero
<b>PD</b>	: Pays développés
<b>PG</b>	: Prostaglandines
<b>PP</b>	: Placenta praevia
<b>PID</b>	: Pelvic inflammatory disease
<b>PMA</b>	: procréation médicalement assistée
<b>PVD</b>	: Pays en voie de développement
<b>RCF</b>	: Rythme cardiaque fœtal
<b>RCIU</b>	: Retard de croissance intra-utérine
<b>SFA</b>	: Souffrance fœtale aiguë
<b>TV</b>	: Toucher vaginal

## LISTES DES TABLEAUX

- Tableau n°1** : Répartition des patientes dans le temps en fonction du total des interventions faites en urgence
- Tableau n°2** : Répartition de la population selon l'âge
- Tableau n°3** : Répartition de la population selon la gestité
- Tableau n°4** : Répartition de la population selon la parité
- Tableau n°5** : Répartition des patientes selon la provenance et la profession
- Tableau n°6** : Répartition des patientes de Bujumbura en fonction des différents quartiers et de leur profession
- Tableau n°7** : Le suivi des grossesse
- Tableau n°8** : Répartition des nos patientes selon le mode d'admission et le type d'intervention
- Tableau n°9** : Répartition des césariennes en fonction des indications et du terme
- Tableau n°10** : Les 6 cas de rupture utérine
- Tableau n°11** : Complications maternelles
- Tableau n°12** : Score d'APGAR à l' et complications fœtales
- Tableau n°13** : Les indications des interventions dans les 22 cas de décès fœtal et le mode d'admission
- Tableau n°14** : Répartition des 22 cas de décès fœtal en fonction des indications opératoires et le temps de latence entre l'heure d'arrivée et l'heure de l'intervention
- Tableau n°15** : Répartition des patientes selon le nombre de jours d'hospitalisation

**Tableau n°16**

: Répartition des 12 cas ayant eu un séjour à l'hôpital prolongé en fonction des complications opératoires et de l'intervention.

**Tableau n°17**

: Taux de césarienne dans différents Pays.

# TABLE DES MATIERES

	<b>Pages</b>
<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	3
<b>CHAP.I. GENERALITES SUR LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES FAITES EN URGENCES DANS UN SERVICE DE MATERNITE</b> .....	<b>4</b>
<b>I.1 LA CESARIENNE</b> .....	<b>4</b>
I.1.1. La Fréquence.....	4
I.1.2. Les indications.....	4
a. La souffrance fœtale.....	5
b. Les utérus cicatriciels.....	6
c. Les Dystocies.....	7
d. La présentation du siège.....	8
e. Les autres indications.....	9
1. HTA – Dysgravidie.....	9
2. Le Diabète.....	9
3. L' Herpès génital.....	10
4. Les grossesses gémellaires.....	10
5. Les présentations dystociques.....	10
6. Les indications annexielles.....	10
I.1.3. Types de césariennes.....	11
a. Extrême urgence.....	11
b. Urgence relative.....	11
c. Césarienne programmée.....	11
I.1.4. Complications.....	12
<b>I.2. LA RUPTURE UTERINE</b> .....	<b>14</b>
I.2.1.Fréquence.....	14

I.2.2. Etiologies.....	15
I.2.3. Diagnostic positif.....	16
I.2.4. Diagnostic différentiel.....	17
I.2.5. Formes anatomiques.....	17
I.2.6. Traitement.....	17
I.2.7. Pronostic.....	18
I.3. LA GROSSESSE EXTRA – UTERINE.....	18
I.3.1 Fréquence.....	18
I.3.2 Etiopathogénie et facteurs de risque .....	18
I.3.3 Diagnostic positif.....	19
I.3.4 Diagnostic différentiel.....	20
I.3.5 Traitement.....	20
a. Méthodes.....	20
b. Indications.....	21
I.3.6. Pronostic.....	22
I.4. LA TORSION ANNEXIELLE.....	22
I.4.1 Pathogénie & Fréquence.....	23
I.4.2 Diagnostic positif.....	23
I.4.3 Diagnostic différentiel.....	23
I.4.4 Traitement.....	23
I.4.5 Pronostic.....	24
<b>CHAP. II : MATERIEL &amp; METHODES.....</b>	<b>25</b>
<b>CHAP. III : RESULTATS.....</b>	<b>26</b>
<b>CHAP. IV : COMMENTAIRES ET REVUE DE LA LITTERATURE.....</b>	<b>39</b>
<b>CHAP. V : CONCLUSION &amp; RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>54</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>58</b>

## INTRODUCTION

La maîtrise de plus en plus parfaite des techniques chirurgicales et l'usage des antibiotiques rendent l'acte opératoire et ses suites relativement simples dans le domaine de la gynécologie-obstétrique (1).

Cependant tel n'est pas toujours le cas. La morbidité et la mortalité maternelles per et post - opératoire restent élevées en AFRIQUE et les principales causes en sont l'hémorragie et l'infection. Ceci devient intolérable dans notre société du 21<sup>e</sup> siècle (2).

Toutefois les interventions sont incontournables dans certaines situations où il faut soustraire la femme enceinte des complications d'une grossesse (pré - éclampsie sévère, métrorragies), d'un accouchement dystocique. En effet, la préoccupation constante de l'obstétricien est d'accompagner la femme ainsi que le fœtus qu'elle porte à l'accouchement d'un enfant en bonne santé par une mère en bonne santé. Mais la méconnaissance du terrain sur lequel intervient le chirurgien (absence de CPN et de bilan pré - opératoire du fait de l'urgence) multiplie les risques opératoires (1,3). Il est donc nécessaire d'évaluer les risques liés à cette pratique dans le but d'améliorer la prise en charge des urgences et des opérées et les soustraire autant que possible à d'éventuels dangers.

Pour ce faire, il nous a paru indispensable d'étudier la prise en charge des urgences chirurgicales dans le centre de référence qu'est la maternité du C.H.U. KAMENGE.

Quatre interventions faites en urgences feront l'objet de l'étude à savoir :

- les césariennes
- Les ruptures utérines
- Les G.E.U.
- Les Torsions annexielles

Nos objectifs :

1. Identifier les facteurs de risque pouvant alerter le personnel soignant afin d'améliorer la prise en charge des urgences obstétrico - chirurgicales.
2. A partir des résultats de cette étude, proposer des mesures pour réduire la morbidité et la mortalité materno-fœtales liées à la non prise en charge.
3. Suggérer un plateau technique indispensable pour améliorer les conditions de travail du personnel soignant en vue d'une maternité à moindre risque.

# **CHAP.I. : GENERALITES**

## **CHAP.I. GENERALITES SUR LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES FAITES EN URGENCE DANS UN SERVICE DE MATERNITE**

La gynécologie - obstétrique est une spécialité chirurgicale et la plupart d'interventions sont réalisées en urgences. Parmi elles, on distingue les urgences obstétricales et les urgences gynécologiques.

Les urgences obstétricales sont la césarienne et la rupture utérine tandis que les urgences gynécologiques sont la grossesse extra - utérine (GEU) et la torsion annexielle.

### **I.1. LA CESARIENNE**

#### **I.1.1. Fréquence**

Intervention chirurgicale courante, réputée facile, son nombre n'a cessé de croître au cours des années 1980 dans de nombreux pays (4, 5).

Certains pays, comme le Brésil, ont connu une véritable inflation atteignant des taux de 40 à 70% selon la région (6). Aux états - unis, certains auteurs ont noté des taux moyens de 16,5% ayant même dépassé les 20% (7).

En France, actuellement, le taux moyen de césarienne est d'environ 12% (4, 5). A l'opposé, certains pays à équipement sanitaire limité semble encore à l'abri de cette ascension rapide de la pratique de la césarienne (8, 9,10).

#### **I.1.2 Les Indications.**

Durant ces deux dernières décennies, les indications de césarienne se sont modifiées et ont abouti à une augmentation considérable de leur fréquence dans de nombreux pays (3, 5, 7, 8, 9, 12). Cette évolution a d'abord été attribuée :

- à la meilleure surveillance de la grossesse;
- aux progrès accomplis dans la détection de la souffrance fœtale, notamment par l'imagerie et le monitoring électronique;
- à des raisons médicales conduisant à conclure plus souvent les grossesses chirurgicalement dans l'intérêt de la mère et l'enfant;
- à la peur des implications d'ordre médico - légal entourant les situations obstétricales difficiles ;
- à l'angoisse de beaucoup de femmes d'accoucher par voie basse.

Puis elle a été justifiée par la baisse parallèle du taux de mortalité périnatale, jusqu'à ce que celle-ci devienne insensible à l'augmentation des césariennes. Mais une étude récente (4) a montré que la diminution du taux de césarienne par modification des attitudes dans les indications n'a pas modifié le pronostic foetal, ni maternel. Les indications de césarienne ont beaucoup évolué et cette évolution n'est pas terminée (4, 8, 9, 13).

Malgré une relative discordance observée d'un auteur à l'autre concernant les principales indications, on retrouve toujours quatre indications incontournables dans l'histoire de la césarienne.

- Il s'agit :
- de la souffrance foetale
  - des utérus cicatriciels
  - des dystocies, avec toutes les nuances sémantiques que ce terme renferme selon les auteurs
  - des sièges.

a. La souffrance foetale.

- La souffrance foetale aiguë semble être une des premières indications de césarienne en particulier pendant le travail. La surveillance électronique du fœtus a permis de mieux dépister cette pathologie, mais l'interprétation des tracés est parfois difficile (4). En cas de doute, il est souhaitable, là où l'on peut le faire, de pratiquer la mesure du pH au scalp donnant une indication plus précise de l'état foetal. Elle éviterait probablement un grand nombre de césarienne pour SFA.

- En ce qui concerne la souffrance foetale en dehors du travail, elle est le plus souvent l'aboutissement d'une pathologie chronique qui retentit sur la croissance foetale. Parfois l'hypoxie s'accroît jusqu'à menacer directement la vie du fœtus. Il est alors nécessaire de le soustraire de l'agression mais le choix du moment est difficile car aucun critère n'a suffisamment de valeur pour prévoir une atteinte cérébrale (4, 13, 14).

La décision d'extraction se pose lorsque il existe des signes d'hypoxie associés ou non à une insuffisance de croissance. Il s'agit essentiellement de la perte de la réactivité appréciée par le rythme cardiaque foetal, disparition des accélérations, aplatissement des oscillations, avec ou sans apparition des ralentissements.

Une meilleure appréciation de l'état du fœtus est obtenue par la combinaison des différents examens :

- Cardiotocographie pour RCF
- Profil biophysique de Manning à l'échographie
- Vélodimétrie sanguine par Doppler ombilical, cérébral et utérin.

Dans ce genre de situations, l'extraction prématurée du fœtus est souvent discutée, et le mode d'accouchement n'est pas toujours facile à déterminer (voie basse ou voie haute). Tout cela dépend des conditions obstétricales, de la parité et de la présentation.

Jusqu'à 34 semaines, la césarienne est la seule modalité d'extraction (4, 7, 10), elle l'est souvent encore entre 35 et 36 semaines. Plus tard, elle cède la place au déclenchement, mais dès les premiers signes d'intolérance du fœtus à la contraction, l'interruption se fera par voie haute. Les césariennes très précoces imposent des structures pédiatriques capables d'accueillir des grands prématurés ou des enfants de très faible poids.

- La grossesse prolongée n'est pas à priori une indication de césarienne. Elle est justifiée en cas d'impossibilité de déclenchement ou dès les premiers signes de souffrance fœtale.

#### b. Les utérus cicatriciels

La survenue d'une grossesse sur un utérus cicatriciel est une éventualité de plus en plus fréquente. Malgré les progrès réalisés ces deux dernières décennies dans la prise en charge des utérus cicatriciels (15, 16, 17), la présence d'une cicatrice influence de manière très nette le comportement obstétrical et transforme, dans certains cas, une indication relative en une indication absolue (bassin rétréci, présentation de siège, dystocie dynamique, impossibilité du déclenchement) (15, 18, 19).

La crainte de la rupture utérine a dicté pendant longtemps, un mode univoque d'accouchement selon le vieil adage : « césarienne un jour, césarienne toujours ».

L'évolution de l'obstétrique a permis d'aboutir à une conduite actuellement beaucoup plus nuancée.

Beaucoup d'auteurs s'accordent sur le fait que l'accouchement par les voies naturelles après une césarienne peut être proposée sans toutefois aggraver le pronostic de la mère ou de l'enfant, au contraire (4,15,19, 20, 21,22,23,24).

Un essai de voie basse ne peut être décidé que dans certaines conditions et après évaluation des risques et des chances de succès. Seront pris en compte :

- Tout d'abord les caractéristiques de la première césarienne : son lieu, son motif avec si possible un compte-rendu opératoire détaillé, le degré de dilatation au moment de l'intervention, la nature de l'hystérotomie, les suites opératoires ;
- La grossesse actuelle: la présentation, l'estimation du poids foetal, la localisation placentaire, une évaluation du bassin (Radio – pelvimétrie).
- Le désir de la patiente.

Quant aux cicatrices utérines non obstétricales, celles des myomectomies autoriseront souvent la voie basse.

Actuellement, plusieurs auteurs préconisent l'utilisation des ocytociques et de l'analgésie péridurale pour traiter la dystocie dynamique fréquente aux utérus cicatriciels et il est particulièrement recommandé de lutter contre les spasmes du col dans ces circonstances (7, 16, 21, 23, 24, 25).

Ces thérapeutiques permettent de corriger l'hypocinésie utérine et la dystocie cervicale responsables de l'allongement de la première phase du travail et de la majorité des échecs de l'épreuve sur cicatrice.

La tocométrie utérine interne permet d'adapter de façon optimale le rythme du moteur utérin sans prendre de risque d'hypercinésie ou d'hypertonie (4,26).

En cas d'accouchement par voie naturelle, beaucoup d'auteurs pensent que la révision utérine ne doit pas être systématique. Ils disent que pratiquée sans signes d'appel, elle n'apporte pas d'élément essentiel et représente un risque infectieux et traumatique non négligeable (16, 17, 23, 26').

Dans la pratique obstétricale africaine, cette nécessité de surveillance électronique cardiotocographique au cours du travail limite toujours l'utilisation des ocytociques sur utérus cicatriciel (15, 19, 20, 27).

### c. Les Dystocies ( les échecs de l'épreuve du travail)

Cette pathologie fréquente en pratique quotidienne est très difficile à cerner. Il est important de faire le diagnostic du type de dystocie (dynamique ou mécanique) et cette démarche doit être effectuée après deux heures de stagnation.

La dystocie dynamique isolée, sans excès de volume foetal, sans anomalie pelvienne est actuellement mieux corrigée par la perfusion d'ocytocine associée ou non à l'anesthésie péridurale (28).

En fait, cette anomalie isolée est rare. Elle masque souvent une dystocie mécanique : légère disproportion foeto - pelvienne, présentation postérieure mal fléchie, défaut d'accommodation, discrète anomalie morphologique du bassin. Ces situations ne seront affirmées comme franchement dystociques qu'après épreuve du travail (23, 29, 30).

Une partie de ces indications va d'ailleurs interférer avec les altérations du rythme cardiaque foetal, qui vont obliger à interrompre le travail avant qu'on ait eu vraiment le temps de juger du résultat de l'épreuve du travail. Les indications de césariennes sont en fait rarement pures (4, 11).

La dystocie mécanique caractérisée par un défaut d'engagement oblige à recourir à la voie haute (29).

Cette situation peut survenir après un déroulement normal de la dilatation. L'attitude à dilatation complète diffère de celle que l'on observait dans les pays développés, et qu'on observe encore dans les pays en développement. Actuellement à la condition d'un rythme cardiaque satisfaisant, l'analgésie péridurale autorise une attente plus longue jusqu'à 2 ou 3 heures (29, 31). Ceci permet d'éviter certaines césariennes pour non engagement à dilatation complète.

#### d. La présentation du siège

La présentation du siège est une des situations qui a le plus tendance à évoluer et dans laquelle les avis sont encore très partagés sur la place qu'il faut donner à la voie haute.

Si tous les éléments favorables à la voie basse ne sont pas réunis (normalité du bassin, absence de macrosomie foetale, intégrité utérine, absence de dystocie dynamique) la césarienne est effectuée (4, 8, 25). Compte tenu des imprécisions des estimations pondérales certaines équipes utilisent le critère de diamètre biparietal inférieur à 98 mm.

Certains dogmes ont tendance aujourd'hui à être bouleversés : la rupture des membranes sans mise en travail spontané, la dystocie dynamique avec stagnation de la dilatation ne sont plus des indications systématiques de césarienne (25), on a tendance à utiliser des ocytociques et l'anesthésie péridurale ce qui permet dans un certain nombre de cas d'éviter une césarienne.

En ce qui concerne l'association « prématuré et siège » il est conseillé de ne pas faire de césarienne si l'enfant est estimé à moins de 800 gr ou si le diamètre Biparietal est inférieur à 70 mm.

En bref, un nombre croissant d'auteurs tend à penser qu'il faut abandonner toutes attitudes systématiques pour une démarche raisonnée dans l'indication de césarienne pour siège (4, 8, 11, 26).

#### e. Les autres indications

##### 1. HTA et dysgravidie

L'interruption de la grossesse sera indiquée lorsque l'HTA devient menaçante, s'il y a aggravation des signes biologiques ou si l'état du fœtus se détériore. Celle-ci se fera par voie basse, en fonction du terme, si les conditions locales le permettent, éventuellement après maturation cervicale par des prostaglandines. Dans le cas contraire, la voie haute s'impose (4,13,32,33).

Cette indication peut baisser si on fait une surveillance des patientes avec des bilans réguliers à la fois clinique, biologique, échographique et vélocimétrique. Cette surveillance permettra d'aller plus loin pour le terme et une voie basse sera possible (33, 34). L'hématome rétro-placentaire justifie une césarienne en urgence si le fœtus est vivant et viable ou s'il existe des troubles de l'hémostase.

##### 2. Le Diabète.

Une césarienne de principe était souvent réalisée vers 37 - 38 semaines d'aménorrhées (4). La tendance actuelle est d'aller au-delà et même accepter la voie basse, à condition que le diabète soit bien équilibré et évidemment en l'absence de complications surajoutées.

### 3. L'Herpès génital.

La césarienne n'est pratiquée que dans le cas de poussée constatée en salle de travail. En France un prélèvement est pratiqué dès l'arrivée de la patiente et les laboratoires donnent des résultats dans l'heure qui suit (4). Cette attitude a permis d'éviter la césarienne systématique pour Herpès. Il n'est plus justifié d'effectuer une césarienne en l'absence d'une lésion active même si aucun prélèvement n'a été effectué.

### 4. La grossesse gémellaire.

En l'absence de pathologie maternelle ou foetale, l'attitude dépend principalement du type de présentation. Toute présentation qui n'est pas le sommet du premier jumeau est une indication de césarienne (8, 13, 35, 36).

### 5. Les présentations dystociques

Les présentations dystociques (transverse, front,) peuvent être considérées comme des indications incontournables de césarienne.

Dans les présentations de la face, la progression doit être particulièrement surveillée et la césarienne s'impose dès la moindre anomalie de la mécanique obstétricale comme l'absence de rotation en mento - pubien (29, 30). Certains réalisent d'emblée une césarienne comme pour un front (25).

### 6. Les indications annexielles

- ***Le placenta praevia*** : la césarienne est décidée quelque soit le terme devant une hémorragie massive mettant en jeu le pronostic maternel ; à proximité du terme si le placenta praevia est recouvrant (37, 38).
- ***La procidence du cordon*** ne donne lieu à aucune discussion. Elle impose une césarienne en extrême urgence pour pouvoir sauver le foetus s'il est encore vivant et viable (39, 40).
- ***L'Hématome rétroplacentaire*** par sa brutalité et la sévérité de ses conséquences, représente l'une des urgences obstétricales les plus typiques. Elle justifie une césarienne en urgence si le foetus est vivant et viable, ou s'il existe des troubles de l'hémostase (4, 11).

### 1.1.3. Les types de césariennes

Dans toutes ces indications, l'attitude pratique n'est pas toujours la même. On peut distinguer trois type de césarienne :

- Césariennes d'extrême urgence
- Césariennes d'urgence relative
- Césariennes programmées

#### a. Césariennes d'extrême urgence :

- Placenta praevia hémorragique
- Rupture utérine
- Hématome rétro placentaire
- Procidence du cordon
- La crise d'éclampsie
- La souffrance foetale aiguë

#### b. Césariennes d'urgence relative :

- Dystocie mécanique : Echec de l'épreuve du travail sur un bassin limite
- Disproportion foeto - pelvienne sur bassin normal
- Dilatation stationnaire sur présentation dystocique (Face, Siège, Bregma)
- Dystocie dynamique
- Les Dysgravidies

Dans ces indications, l'association d'une souffrance foetale aiguë peut faire hâter la décision alors même que le problème mécanique n'est pas encore résolu.

#### c. Les césariennes programmées :

- Les sièges sur utérus cicatriciel
- Les utérus 2 fois et plus cicatriciels
- Les utérus fraîchement cicatriciels (<15 mois)
- Les grossesses gémellaires avec J1 en présentation autre que le sommet ou sur utérus cicatriciel
- Les ATCD de déchirures complète du périnée ou de fistule vésico-vaginale ou fistule recto - vaginale.
- Les sièges et gros bébé ou anomalie du Bassin.

### 1.1.4 Complications

Si le pronostic de l'intervention césarienne était comparable à celui de l'accouchement par voie basse, son inflation n'aurait que peu d'importance et « la disparition de l'obstétrique traditionnelle ne serait qu'un phénomène comparable à celui de la disparition de la marine à voile » comme le dit si bien Y. Malinas (4).

Malheureusement, de nombreux auteurs ont noté que la mortalité après césarienne est supérieure à celle de l'accouchement naturel et que les suites peuvent être plus souvent compliquées en particulier par des infections (1,3,4,41).

De plus, la césarienne est une intervention chirurgicale, l'accouchée regagne son domicile, avec un nouveau-né, en état de convalescence. Ceci altère finalement la relation mère-enfant sans parler de l'ambiance conjugale. Dans nos pays où la natalité est un prestige familial la césarienne hypothèque l'avenir obstétrical d'autant plus que la femme est plus jeune.

#### a) La mortalité maternelle

Le taux de mortalité maternelle directement en rapport avec l'acte opératoire est de 1.3%, 5 à 25 fois supérieur à celui de la voie basse (14, 41, 42, 43). Il est toujours difficile de savoir quelle est la responsabilité réelle de la césarienne et bien souvent la mortalité est le fait de la pathologie maternelle qui l'a motivée et/ou aurait pu survenir lors d'un accouchement par voie basse. La cause la plus souvent incriminée est le choc hémorragique suivie par l'infection (1, 2, 41, 44, 45, 46, 47)

#### b) La morbidité maternelle

Elle survient en per ou post-opératoire et son taux global est estimé entre 20 et 50% selon les auteurs ; mais il convient de différencier les complications graves ou majeures des mineures (41).

##### 1° Les complications per – opératoires.

Elles sont soit anesthésiques, soit chirurgicales

- Les complications anesthésiques :

- Les chocs anaphylactiques
- Les arrêts cardiaques
- Les syndromes de Mendelson.

Leur taux global reste faible (0,36%), mais leurs conséquences souvent dramatiques doivent les faire prévenir autant que possible.

- Les complications chirurgicales mineures :

- Les Hémorragies en rapport avec une inertie utérine, une Hémostase difficile de la tranche de section
- Les traits de refend utérin

- Les complications chirurgicales majeures :

- Les plaies d'uretère
- Les plaies d'intestin : survient le plus souvent dans les laparotomies itératives, conséquences d'adhérences digestives pariétales.
- Les plaies de l'artère utérine
- L'Hystérectomie d'Hémostase

Cette morbidité per opératoire varie entre 8 - 13% selon les auteurs (41, 48, 49). Sa réduction passe par une plus grande attention portée à la réalisation de la première césarienne et une meilleure formation des opérateurs.

## 2° Les complications post - opératoires

Elles sont de loin les plus fréquentes, touchant selon les auteurs 15 à 35% des césariennes. Schématiquement on peut dire qu'elles sont dominées par la fréquence des infections et par le risque thrombo - embolique (41).

- Les complications infectieuses : elles sont de loin les plus fréquentes. On peut distinguer :

- les abcès de paroi
- les endométrites
- les infections urinaires, conséquences des sondages prolongés
- les péritonites
- les septicémies
- les infections broncho - pulmonaires

En ce qui concerne les facteurs de risque d'infection post - opératoire, il est classique de lire que le taux d'infection augmente avec l'urgence de la césarienne, la durée du travail et de l'ouverture de l'œuf, l'utilisation d'un monitoring interne, l'anémie et l'obésité maternelles, et le bas niveau socio - économique (1, 41, 50).

- Les complications non infectieuses.

- les anémies
- les occlusions digestives post - opératoires
- les Hématomes de paroi et les désunions
- les réinterventions. Elles sont dominées par les problèmes de paroi : désunions, Hématomes, abcès  
Les autres causes sont rares mais plus graves : les occlusions, infections pelviennes, hystérectomie d'hémostase secondaire
- les complications thrombo - emboliques occupent une place importante par le risque qu'elles font courir.

## **I.2. LA RUPTURE UTERINE**

La rupture utérine est une solution de continuité survenant au niveau du corps utérin ou du segment inférieur pendant la grossesse ou au cours du travail (51).

Les ruptures utérines spontanées au cours du travail restent toujours des situations obstétricales sérieuses mettant en jeu le pronostic vital foeto - maternel.

Affection rayée de la liste des pathologies obstétricales dans les pays nantis (44, 52), elle reste préoccupante dans les pays en voie de développement. L'amélioration de la surveillance de la grossesse et du travail ainsi que l'éducation obstétricale du personnel soignant sont les seuls moyens de les éviter.

### **I.2.1. Fréquence**

La rupture de l'utérus gravide est rare et grave. Son incidence exacte est diversement appréciée dans la littérature (53,54). Sa fréquence totale, s'agissant d'utérus non cicatriciels et cicatriciels varie de 1/37 à 1/6107 accouchement (15, 55). La plus haute se trouve en Afrique noire, vu la faible surveillance médicale. Certaines publications citent des taux de 1% dans les pays en voie de développement (56,57). Sa gravité en fait une des grandes causes de décès en obstétrique (58,59,60).

### 1.2.2. Les étiologies

Les unes sont maternelles et les autres sont foetales. Les ruptures iatrogènes ne sont pas rares non plus (61).

#### a) Maternelles

- L'âge et la parité : la plupart des auteurs sont unanimes sur le fait que la rupture peut survenir à tout âge mais avec une gravité croissante avec l'âge qui va de pair, dans la plupart des cas, avec une parité élevée (59, 61, 62, 63). La parité joue un rôle important car les grossesses répétées fragilisent l'utérus par altération des fibres élastiques du myomètre.

En plus la grande multiparité entraîne d'une part des présentations dystociques telle que la présentation transverse ; et d'autre part il y a une tendance à accoucher des enfants de plus en plus gros. Néanmoins, les primipares ne sont pas à l'abri de cet accident (61, 64).

- La dystocie mécanique méconnue ou négligée est le facteur étiologique le plus souvent rencontré (62, 63, 65). Elle est due essentiellement à une anomalie du bassin qui, en principe, devrait être dépistée au cours des consultations pré - natales.

- Les malformations utérines : cette cause reste rare (61, 66).

- Le profil socio - économique bas avec absence de C.P.N.

- Les manoeuvres abortives, les curetages trop appuyés sont des étiologies à ne pas négliger.

Une perforation peut même passer inaperçue laissant un point faible sur l'utérus (56).

- Les obstacles praevia peuvent être à l'origine d'une rupture utérine si on laissait évoluer le travail (61).

- Les ruptures de cicatrices utérines : la grossesse sur utérus cicatriciel est une grossesse à risque dont la menace essentielle est la rupture utérine (15, 18, 61, 67, 68)

#### b) Fœtales.

- Les gros bébés sur bassin normal ou les bébés eutrophiques sur bassin rétréci peuvent être responsable des ruptures utérines quand l'accouchement est livré à lui seul sans assistance ou quand le transfert vers un centre bien équipé est tardif. La cause est purement mécanique.

- Les présentations transverses avec épaule négligée représentent un pourcentage non négligeable de ruptures utérines.

### c) Causes iatrogènes

- Les extractions instrumentales difficiles ou alors les indications erronées des extractions instrumentales. Elles surviennent le plus souvent quand les FORCEPS sont posés avant la dilatation complète ou sur une présentation non encore engagée.

- Toutes les manoeuvres obstétricales peuvent être incriminées (61) :

- \* la version par manoeuvre interne
- \* la grande extraction de siège
- \* les manoeuvres de dégagement d'une dystocie des épaules
- \* les expressions abdominales
- \* les craniotomies

- La perfusion d'ocytocine garde une place dans les étiologies de ruptures utérines. L'usage des prostaglandines (PG) sur grossesse à terme n'est pas non plus anodin. Des cas de rupture utérine ont été décrits après usage des PG (59, 61)

Toutes ces causes iatrogènes devraient actuellement disparaître. Certains auteurs affirment que l'ocytocine ne peut pas être un facteur de risque si on respecte les indications (55, 59).

### **1.2.3. Diagnostic**

La douleur abdominale aiguë, la perte de sang par voie vaginale, l'arrêt des contractions utérines, choc hypovolémique, l'altération du rythme cardiaque fœtal et disparition de la présentation et palpation abdominale du fœtus en cas d'extrusion de celui-ci dans la cavité abdominale, constituent la symptomatologie classique (61, 62, 69).

Cette forme est devenue aujourd'hui exceptionnelle en Europe. Elle survient en général au cours d'un travail prolongé et franchement dystocique et elle existe même aujourd'hui en Afrique.

A côté de la forme franche de la rupture utérine, on distingue aussi d'autres formes de diagnostic souvent difficile.

Les contractions peuvent persister ou deviennent faibles et fréquentes avec un tonus basal augmenté suite à une sécrétion accrue de prostaglandines par le déciduale blessée comme dans le décollement placentaire (56).

Des cas indolores et même asymptomatiques sont rencontrés et les circonstances de découverte sont variées : lors d'une césarienne, d'une révision utérine ou d'une souffrance foetale (26, 56, 61). Ces formes surviennent en général sur des utérus cicatriciels avec des cicatrices segmentaires transversales.

#### **1.2.4. Diagnostic différentiel**

Il se pose avec le décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI), les causes de choc en général, une rupture de la rate ou une rupture d'anévrisme. Il est plus délicat sous anesthésie péridurale (16, 26, 54).

#### **1.2.5. Formes anatomiques**

- On décrit classiquement la rupture complète, solution de continuité intéressant toute la paroi utérine (muqueuse, musculuse, séreuse) faisant communiquer les cavités utérine et abdominale.

- La rupture incomplète ou sous péritonéale qui garde la séreuse intacte  
Il faut adjoindre la déhiscence de la cicatrice de césarienne avec effraction des membranes et souvent extrusion foetale (55).

- Quant au siège de la rupture, elle peut être segmentaire, segmento - corporeale ou corporeale. Elle est simple ou compliquée, atteignant alors le vagin ou la vessie. En effet, la recherche d'une atteinte vésicale doit toujours être systématique lors d'une laparotomie pour rupture utérine (48, 49).

#### **1.2.6. Traitement :**

La rupture utérine est une urgence médico-chirurgicale. La laparotomie est réalisée en urgence après une réanimation rapide et une préparation comportant des transfusions et/ou des perfusions de macromolécules en fonction de l'état hémodynamique ainsi qu'une antibioprophyllaxie. Le type d'intervention est fonction du type de la lésion et de la parité : Suture simple, Suture + ligature des trompes, Hystérectomie sub - totale, Hystérectomie totale. Tous les auteurs s'accordent à dire que le traitement doit être le plus conservateur possible (56, 61, 70). L'hystérectomie est réalisée en cas de déchirures étendues, de lésions vasculaires importantes, ou de rupture négligée avec infection.

### **1.2.7. Pronostic**

Quoi que rare, la rupture de l'utérus gravide est un événement grave aux conséquences dramatiques. La rapidité du diagnostic et du traitement chirurgical peut seule sauver la patiente. La mortalité reste élevée, certains auteurs citent des taux de 4% (61). Le pronostic foetal reste sombre avec de taux de mortalité néonatale de 70 - 85% (61, 70).

## **1.3. LA GROSSESSE EXTRA - EXTRA UTERINE**

### **1.3.1. Fréquence**

La GEU est généralement définie comme étant la survenue d'une implantation d'un blastocyte, considéré au départ comme évolutif, en un site autre que la cavité endo-utérine (71, 72).

Sa fréquence est estimée en 1 à 2% de l'ensemble des conceptions et ce pourcentage semble tendre vers une augmentation de manière épidémiologiquement parallèle à l'augmentation des I.S.T, des salpingites et au recours fréquent aux diverses techniques de chirurgie tubaire et de procréation médicalement assistée (PMA) ainsi que les recours de plus en plus fréquents à la contraception par dispositif intra - utérin (72, 73, 74, 75).

### **1.3.2. Etiopathogénie et Facteurs de risque.**

Ainsi semblent prédisposer à une GEU toutes les modifications anatomiques de la structure tubaire, qu'elles soient initiales ou secondaires. L'œuf fécondé séjourne 72 heures à la jonction ampulo - isthmique. Il franchit l'isthme à la fin du 3<sup>e</sup> jour post - ovulatoire.

La migration à travers l'isthme s'effectue en 8 heures et l'œuf fécondé fait issue dans la cavité utérine 80 heures après l'ovulation (72, 73, 76, 77).

Le trophoblaste s'implante au 6<sup>e</sup> jour post - ovulatoire quelque soit le lieu où il se trouve : trompe, ovaire, péritoine. Parmi les altérations morphologiques tubaires responsables de l'arrêt, du ralentissement ou de la mauvaise progression de l'œuf fécondé citons toutes les pathologies gynécologiques ou systémiques pouvant être responsables de la genèse d'adhérences sources possibles d'une modification de la localisation anatomique des structures utéro - tubaires ou ovariennes, les antécédents de salpingite, P.I.D, de tuberculose génitale, d'endométriose et d'un passé chirurgical au niveau du petit bassin.

Les retards de captation ovocytaire sont à l'origine de nombreuses G.E.U essentiellement ovariennes ou abdominales (72). Un œuf anormal pourrait à lui - même être cause du retard de la migration donnant une GEU sur trompes saines (73).

Citons également la théorie du reflux tubaire qui expliquerait les 5% de GEU observées dans le cadre du programme de F.I.V et transfert d'embryon dont la base de la pathogénie correspondrait à une hyperpression mécanique réalisée au moment de l'injection (72, 75). Les DIU peuvent souvent être associés aux salpingites à minima suivies de séquelles endo - tubaires représentant de véritables trappes à GEU.

### ***1.3.3. Diagnostic***

Classiquement la patiente consulte avec la triade aménorrhée, algies abdomino - pelviennes et métrorragies. Le tableau de collapsus majeur, devenu heureusement rare, surtout dans les pays développés, impose une laparotomie d'urgence (72, 73, 77, 78).

Lorsque l'anamnèse reste possible elle se permettra d'insister sur les facteurs de risques tels que les antécédents de PID, de DIU, de traitements médico - chirurgicaux dans le cadre d'une stérilité.

L'examen clinique peut être faussement rassurant devant un tableau d'utérus légèrement sensible, l'absence de masse annexielle, de métrorragies peu abondantes ou au contraire angoissant devant un tableau d'abdomen aigu, une pâleur des conjonctives et lipothymies fréquentes d'apparition récente (73, 74, 78).

Quand cela est possible, un dosage d'HCG sérique sera demandé et à défaut de pouvoir mieux faire, un test qualitatif de grossesse sur les urines sera pratiqué.

L'Echographie endo - vaginale reste l'examen paraclinique de première intention. Les signes à rechercher seront la vacuité endo - utérine (ligne endométriale continue), l'image annexielle aspécifique et l'épanchement péritonéal (71, 73, 76). La vacuité endo - utérine reste à interpréter en fonction du taux d'HCG sérique. Au delà de 1000 - 1500 UI/ml un sac gestationnel endo - utérin doit être visualisé.

Donc, l'absence d'un sac intra-utérin avec présence d'une masse inhomogène latéro-utérine et un épauchement péritonéal sont en faveur d'une GEU.

La ponction du douglas : elle n'a de valeur que si elle est positive et ramène du sang incoagulable. La coelioscopie diagnostique et thérapeutique, en balance avec la laparotomie exploratrice, doit être envisagée selon la gravité propre à chaque cas (74, 79, 80).

Ainsi, la présence d'un hémopéritoine important, le statu adhérentiel probable, l'existence ou non d'un choc hémorragique seront des critères décisifs. La coelioscopie a deux avantages essentiels (73) :

- Elle évite la laparotomie dans près de 60% des cas
- Elle augmente le nombre de diagnostic de GEU non rompus.

Mais elle comporte un risque anesthésique et opératoire non négligeable.

#### **I.3.4. Les Diagnostics différentiels**

- Une fausse couche
- Une rupture d'un kyste du corps jaune
- Une torsion annexielle
- Une infection pelvienne
- Une appendicite aiguë

#### **I.3.5. Traitement**

A l'heure actuelle, les progrès de l'imagerie ont conduit à visualiser des G.E.U de petite taille pour lesquelles les possibilités d'approche non chirurgicale ou de la coelio- chirurgie peuvent se justifier dans le but d'être moins invasif afin de préserver la fertilité tout en réduisant le risque de récurrence (73, 74, 77, 81).

##### a) Les méthodes.

**1° La chirurgie conventionnelle** : la laparotomie avec deux possibilités : soit traitement radical par salpingectomie soit traitement conservateur par expression tubaire simple ou césarienne tubaire. La brèche est ensuite refermée par quelques points (77, 80, 82).

**2° La microchirurgie** : faite par laparotomie, elle consiste à réaliser une césarienne tubaire par microchirurgie ou à réséquer la portion tubaire qui porte la GEU suivie d'une anastomose dans le même temps ou secondairement. Cette technique est lourde à mettre en place dans le cadre de l'urgence et est peu pratiquée (74).

**3° La coelio chirurgie** est actuellement le traitement le plus habituel. Ce traitement doit être le plus conservateur possible d'autant plus qu'un désir ultérieur de grossesse est envisagé. On peut donc réaliser une salpingotomie, la GEU est extraite par aspiration ; la trompe est laissée ouverte et cicatrisera spontanément ou une salpingectomie après hémostase du méso par électrocoagulation ou pose de clips (74, 76, 79). La trompe est extraite par un trocart sus - pubien.

Ces techniques simplifient les suites opératoires, diminuent les adhérences post - opératoire et surtout abrègent la durée d'hospitalisation qui n'est plus que de 2 à 3 jours.

**4° Le méthotrexate par voie générale** : cet antimétabolite a pour but de bloquer le développement du trophoblaste qui se résorbe spontanément (81). On injecte 20 à 40 mg de méthotrexate en IM, 2 fois à 48 heures d'intervalle. La chute du taux d'HCG confirme la guérison de la G.E.U.

**5° Les traitements locaux** consistent à injecter dans le sac ovulaire ectopique une substance qui entraînera la destruction de l'œuf. Ces produits sont introduits dans l'œuf par échoguidage vaginale sous anesthésie locale. On peut utiliser des produits toxiques pour l'œuf comme le méthotrexate le KCL. Il faut que la femme accepte une surveillance de son taux d'HCG car il y a 5 à 20% d'échecs (79, 81, 83).

**6° L'abstention thérapeutique** peut se justifier chez une femme très coopérante qui se fait bien suivre et si le taux d'HCG est faible (<1000 UI/ml) et décroît spontanément (74, 84).

b. Les indications.

### **1° la laparotomie a encore des indications**

- Rupture cataclysmique de la GEU avec état de choc
- Les GEU interstrielles ou les hémotocèles enkystés.
- Les femmes obèses ou au pelvis très adhérentiel
- L'absence de matériel adéquat ou de pratique de la coeliochirurgie

**2° La coeliochirurgie** est dans les pays développés le traitement habituel dans 95% des GEU. Le traitement conservateur est préférable et une surveillance post-opératoire du taux d'HCG est indispensable. Toute réascension des taux impose un nouveau geste (74,79).

La salpingectomie est indiquée quand l'état tubaire est très mauvais ou quand l'hémostase est impossible.

**3° Le traitement par le méthotrexate** par voie locale ou générale peut être proposé si le diagnostic ne fait aucun doute et que la patiente accepte de se soumettre à une surveillance stricte et bien sur en dehors de l'urgence (81).

**4° L'abstention thérapeutique** peut également être proposée dans les mêmes conditions d'indication et de surveillance si le taux d'HCG est faible (<1000 UI/ml) ou décroissant.

La coelioscopie est faite en cas de douleurs, de taux d'HCG stable ou croissant, d'apparition d'un épanchement dans le douglas ou d'une augmentation de la taille de la GEU.

Au CHUK KAMENGE, la laparotomie reste la méthode utilisée pour le traitement des GEU, la plupart des patientes arrivant dans un tableau d'abdomen aigu (82).

### **1.3.6. Pronostic**

La GEU, de par sa fréquence et ses répercussions sur la fertilité, est un problème majeur de santé publique. L'impact de cette pathologie sur la mortalité maternelle du premier trimestre de la grossesse n'est pas négligeable surtout dans les pays en voie de développement. Entre 6,5% - 10% de morts maternelles sont liées à des GEU (73, 81).

L'avenir obstétrical des femmes opérées de GEU est sombre ; 50 % restent stériles involontairement, 30% auront un ou plusieurs enfants ; 15% auront une seconde GEU (73).

## **1.4. LA TORSION ANNEXIELLE**

La Torsion annexielle est une complication rare représentant 2,7% des urgences gynécologiques. Cette complication survient principalement en période de reproduction et plus rarement durant l'enfance et la ménopause (85). Des observations de torsion durant la vie foetale ont été rapportées (86).

La torsion annexielle durant la grossesse est extrêmement rare. Son incidence peut être évaluée à un cas sur 5000 grossesses et 18% de l'ensemble des torsions annexielles surviendraient durant la grossesse.

### **I.4.1. Pathogénie et Fréquence**

La torsion est une complication classique d'une masse annexielle pré existante ; seuls quelques cas de torsion d'annexe normale ont été décrits en fin de grossesse (85).

L'incidence des kystes ovariens compliquant la grossesse est évaluée à 0,15% et dans 12% des cas la torsion surviendrait durant le premier trimestre.

### **I.4.2. Diagnostic**

Le début est brutal chez une femme jeune jusque là en bonne santé. La douleur est abdomino - pelvienne, intense accompagnée de nausées, de vomissements, parfois d'un état de choc. Il n'y a pas de fièvre.

A l'examen, le ventre respire mal, mais il n'y a pas de contracture, parfois une défense. Le toucher vaginal retrouve une masse latéro-utérine plus ou moins mobile, très douloureuse.

L'échographie permet de voir à coté de l'utérus, gravide ou non, une masse annexielle dont on peut mesurer la taille. On pourra aussi préciser le contenu , liquidien, hétérogène, présence ou non des végétations.

### **I.4.3. Diagnostic différentiel**

- Une G.E.U. en début de grossesse, dans ce cas il n'y a pas d'œuf intra-utérin à l'échographie.
- Un fibrome sous séreux pédiculé tordu ou nécrobiosé, mais l'échographie distingue assez bien un fibrome d'un kyste.
- Une appendicite aiguë, dans ce cas, à l'échographie, il y a absence d'un kyste.

### **I.4.4. Traitement**

Classiquement, le traitement a été, jusqu'il y a peu, la laparotomie avec annexectomie de l'annexe ischémisée ou partiellement nécrosée, sensée prévenir un risque thrombo embolique (85, 87).

Actuellement, plusieurs auteurs préconisent un traitement conservateur de la torsion annexielle même en présence de lésions annexielles (85, 88).

Après laparotomie, on réalise une détorsion lente et atraumatique, à l'instar de la hernie étranglée, la trompe est observée et conservée en cas de recoloration satisfaisante.

Un tel traitement n'est possible qu'en cas de diagnostic précoce ; les lésions ischémiques seraient irréversibles après un délai de 36 à 48 heures.

Dès lors la coelioscopie diagnostique s'impose lors de toute suspicion de torsion. Les observations concernant la coeliochirurgie durant la grossesse sont rares (85).

Si le kyste est découvert au cours d'une échographie systématique, compte tenu de la fréquence des kystes fonctionnels, la conduite à tenir est la suivante (73).

- au premier trimestre, surveillance simple sauf signes échographiques de malignité.
- au 2<sup>e</sup> trimestre, intervention si le kyste persiste et/ou présente des signes échographiques d'organicité.

La coelioscopie est possible avant 20 semaines d'aménorrhée si le kyste paraît échographiquement bénin (parois minces ; sans cloisons, sans ascite). Dans le cas contraire il vaut mieux faire une laparotomie.

- au troisième trimestre, attendre le terme et pratiquer une césarienne suivie de l'intervention sur le kyste.

#### **I.4.5. Pronostic**

Les conséquences de cette pathologie peuvent être graves. Bien souvent le diagnostic est tardif pouvant entraîner des états de choc avec abdomen aigu, sans parler des ruptures des kystes dermoïdes ou des disséminations néoplasiques.

Pendant la grossesse, 9 kystes sur 10 sont fonctionnels. Parmi les kystes organiques, 45 % sont des dermoïdes, 25% des cystadénomes séreux, 12% des cystadénomes muqueux, les cancers sont rares, 2 à 5% des kystes organiques soit 1/1000 à 47.000 grossesses (Negy et al 1993, Platek et al 1995 cités par LANSAC) (73).

# **CHAP.II ET III : MATERIEL ET METHODES & RESULTATS**

## **CHAP.II. MATERIEL ET METHODES**

### **II.1. MATERIEL**

Notre travail est une étude descriptive et rétrospective qui porte sur tous les cas d'interventions chirurgicales faites en urgence. Il porte sur 154 dossiers colligés sur une période de six mois, du 1<sup>er</sup> Novembre 1998 au 30 Avril 1999, à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de KAMENGE.

N'était pas incluse dans notre étude toute patiente opérée pour une intervention programmée.

### **II.2. METHODES**

Le recueil des données s'est fait à partir des registres des grandes interventions et des dossiers des malades.

Pour faciliter la collecte et l'analyse des données, une fiche d'observation a été élaborée pour chaque patiente et le modèle de cette fiche est repris en annexe.

Les différentes variantes analysées sont : l'âge, la gestité, la parité, l'origine géographique, la profession, le délai entre l'admission et l'intervention, les indications, les complications et la durée d'hospitalisation.

#### **Limites de l'étude**

La principale difficulté a été de connaître le délai passé entre le début de la symptomatologie et la prise en charge effective. Les détails des difficultés rencontrées ne sont pas notés sur les dossiers qui sont par ailleurs rédigés à la hâte du fait de l'urgence, sans trop fouiller l'interrogatoire. Le temps mis entre la décision d'une intervention et le début de l'intervention n'a pas été noté.



### CHAP. III. RESULTATS

Pendant la période d'étude, il y a eu 958 accouchements, soit une moyenne de 5,29 accouchement par jour; dans le même temps 261 grandes interventions ont été réalisées, soit une moyenne de 1,44 interventions par jour. Parmi ces grandes interventions, 154 ont été faites en urgence, soit 59,00 %. Les résultats de notre travail concernent donc ces interventions faites en urgence.

**Tableau n°1 : Répartition des patientes dans le temps en fonction du total des interventions faites en urgence**

<b>Intervention</b> <b>Mois</b>	<b>Césarienne</b>	<b>Ruptures/utérines</b>	<b>GEU</b>	<b>Torsion</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Novembre 1998	16	0	2	1	19	12,34
Décembre 1998	21	0	2	1	24	15,58
Janvier 1999	26	0	0	2	28	18,12
Février 1999	24	0	0	1	25	16,24
Mars 1999	27	2	0	0	29	18,83
Avril 1999	25	4	0	0	29	18,83
Total	139	6	4	5	154	100,00

A part le mois de Novembre 1998, où il y a eu moins d'interventions en urgence, la répartition est stable dans le temps avec une moyenne de 25,66 interventions par mois. Toutes les GEU ont été opérées en Novembre et Décembre 1998 tandis que toutes les ruptures utérines ont été opérées en mars et Avril 1999.

**Tableau n°2 : Répartition de la population selon l'âge**

<b>Age</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
≤ 20	13	8,44
21 - 25	46	29,87
26 - 30	52	33,77
31 - 35	28	18,18
36 - 40	13	8,44
41 - 45	2	1,30
≥ 46	0	0
Total	154	100,00

La plus jeune de nos patientes a 17 ans et la plus âgée en a 45. L'âge moyen est de 29,65 ans. Plus de 70% ont moins de 30 ans. Seulement 2 patientes ont plus de 40 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle de 26 à 30 ans (52 patientes) soit 33,77%. L'intervalle d'âge de 21 à 35 ans comprend la majorité de nos opérées (126 patientes) soit 81,82%.

**Tableau n°3 : Répartition de la population selon la gestité**

Gestité	Nombre	%
G0	1	0,65
G1	59	38,31
G2	32	20,78
G3	23	14,94
≥ G4	39	25,32
Total	154	100,00

Les primigestes représentent plus d'un tiers de nos parturientes (59 patientes) soit 38,35%. Une nulligeste a été opérée en urgence pour une torsion annexielle. Les gestités extrêmes sont de 0 à 13 avec une moyenne de 5,83.

**Tableau n°4 : Répartition de la population selon la parité**

Parité	Effectif	%
P0	68	44,16
P1	29	18,83
P2	24	15,58
P3	9	5,85
≥ P4	24	15,58
Total	154	100,00

La parité de nos patientes est comprise entre 0 et 10 avec une parité moyenne de 4, 8. Les nullipares représentent la grande partie des opérées en urgence (68 patientes) soit : 44,16%.

Tableau n°5. Répartition des patientes selon la provenance et la profession.

<b>Profession</b>	<b>Salariés</b>	<b>Ménagères</b>	<b>Cultivatrices</b>	<b>Elève</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Provenance</b>				<b>Etudiant</b>		
BUJA - MAIRIE	42	33	3	3	81	52,60
BUJA - RURAL	1	1	15	0	17	11,03
BUBANZA	0	0	19	0	19	12,34
BURURI	5	1	5	0	11	7,14
CIBITOKÉ	0	1	12	0	13	8,44
GITEGA	1	0	0	0	1	0,65
KARUZI	0	0	1	0	1	0,65
KAYANZA	1	1	0	0	2	1,30
MAKAMBA	2	0	0	0	2	1,30
MURAMVYA	1	0	1	0	2	1,30
MUYINGA	2	0	0	0	2	1,30
RUTANA	2	0	1	0	3	1,95
Total	57	37	57	3	154	100.00

81 patientes, soit 52,60% viennent de la capitale BUJUMBURA et 73 patientes, soit 47,40% viennent des provinces. Les provinces de BUJUMBURA RURAL, BUBANZA et CIBITOKÉ comptent à elles seules 49 patientes soit 67,12% des patientes venues des provinces ou 31,82% du total des patientes.

Quant à la profession, seulement 57 patientes ont une activité rémunératrice (soit 37,01%) tandis que 97 patientes sont sans revenus (soit 62,99%). Les provinces de CANKUZO - RUYIGI - KIRUNDO et NGOZI ne sont pas représentées.

**Tableau n°6 : Répartition des patientes de BUJUMBURA en fonction des différents quartiers et de leur profession**

<b>Profession</b> <b>Quartier</b>	<b>Salariées</b>	<b>Ménagères</b>	<b>Cultivatrices</b>	<b>Elève</b> <b>Etudiant</b>	<b>Total</b>
BUYENZI	2	1	0	0	3
BWIZA	1	2	0	0	3
CIBITOKÉ	0	4	0	0	4
GIHOSHA	6	2	0	0	8
KAMENGE	5	3	2	0	10
KINAMA	0	3	1	0	4
KININDO	4	1	0	1	6
MUSAGA	1	3	0	0	4
MUTAKURA	1	3	0	0	4
NGAGARA	12	6	0	0	18
NYAKABIGA	6	3	0	0	9
ROHERO	4	2	0	2	8
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>33</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>81</b>

Tous les quartiers de la Capitale sont représentés. La majorité des patientes viennent des quartiers proches du CHUK à savoir NGAGARA - KAMENGE , NYAKABIGA et GIHOSHA qui comptent 45 patientes soit 55,55%.

42 des patientes venues des quartiers de BUJUMBURA ont une activité rémunératrice (soit 51,85%). La distinction entre ménagères et cultivatrices est difficile à faire, mais sur les dossiers médicaux en fonction de la provenance, on note ménagère si elle vient de la capitale et cultivatrice si elle vient des provinces.

**Tableau n°7 : Le suivi des grossesses**

<b>Nombre de consultations</b>	<b>0</b>	<b>≤ 3</b>	<b>4 - 5</b>	<b>&gt; 5</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Suivie	-	84 (57,93%)	30 (20,69%)	15 (10,39%)	129	88,97
Non suivie	16 (11,03%)	-	-	-	16	11,03
Total	16	84	30	15	145	100,00

Les patientes concernées sont celles qui ont eu une césarienne ou une laparotomie pour rupture utérine. Le nombre de consultations varie de 0 à 10 soit une moyenne de 5,5.

16 patientes n'ont fait aucune consultation pendant leur grossesse (11,03%). 84 patientes (57,93%) ont fait 3 consultations ou moins. Seulement 15 patientes (10,39%), soit une femme sur 10, ont fait plus de 5 consultations.

**Tableau n°8 : Répartition de nos patientes selon le mode d'admission et le type d'intervention**

<b>Mode d'Admission</b>	<b>Directe</b>	<b>Transfert</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Interventions</b>				
Césarienne	108	31	139	90,26
Rupture utérine	0	6	6	3,90
G.E.U	2	2	4	2,60
Torsion	5	0	5	3,24
Total	115	39	154	100,00

La majorité des interventions faites en urgence sont des césariennes (139 cas) soit : 90,26%. Parmi les césariennes faites en urgence, 31 patientes soit 22,30% sont des transférées.

Toutes les opérées pour rupture utérine étaient des transférées. La rupture utérine représente 3,90% des opérées en urgence et occupe la 2<sup>e</sup> place après la césarienne dans notre série.

**Tableau n°9 : Répartition des césariennes en fonction des indications et du terme**

<b>Terme</b> <b>Indication</b>	<b>&lt; 37</b>	<b>37 - 41s + 6</b>	<b>&gt; 42</b>	<b>Total</b>
DFP	1	<b>39</b>	4	44
SFA	3	<b>32</b>	<b>6</b>	41
B.G.R	3	<b>20</b>	2	25
Utérus Cicatriciel	1	<b>19</b>	<b>5</b>	25
Pré - Eclampsie	<b>7</b>	4	-	11
Siège	2	<b>11</b>	-	13
Procidence du cordon	-	8	1	9
Prés. Transverse	1	7	-	8
P.P. Héorragique	2	3	2	7
Grossesse gémellaire	1	5	-	6
Prés. Front	-	3	-	3
Prés. Face	-	2	-	2
RCIU	1	2	-	3
HRP	-	1	-	1
Eclampsie	1	-	-	1

Pour les grossesses avant terme, la maladie hypertensive représente l'indication la plus fréquente (9 cas) soit 39,13%.

Pour les grossesses à terme, cinq grandes indications viennent en tête : la disproportion foeto - pelvienne (39 cas), la souffrance foetale (32 cas), le bassin généralement rétréci (20 cas), les utérus cicatriciels (19 cas) et la présentation de siège (11 cas).

**Tableau n°10 : Les 6 cas de rupture utérine.**

	1	2	3	4	5	6
Age	25	26	25	23	33	29
Gestité/Parité	G3 P2 EV1	G3 P2 EV2	G3 P2 EV1	G1 P0	G7 P5 EV4	G2 P1 EV0
Terme	40 Sem. 1/2	Inconnu	39 sem.	13 sem.	Inconnu	34 sem. +4
Provenance	BUBANZA	CIBITOKÉ	BURURI	KININDO	MUSIGATI	CIBITOKÉ
Profession	Cultiv.	Cultiv.	Cultiv.	Elève	Cultiv.	Cultiv.
ATCD	Acct difficile 2 <sup>e</sup> Mort né	2 A N T	2 Accts difficiles 2 <sup>e</sup> Mort né	I.V.G	A.N.T	Cesar. Sur MFIU
Mode Admission	Transfert	Transfert	Transfert	Transfert	Transfert	Transfert
Motif Transfert	Pré-Rupture	Travail Prolongé	Suspicion de Rupture Utérine	Suspicion de Perforation	Suspicion de Rupture utérine	Non engagement à D. complète
Traitement	Conservateur	Hystérectomie	Conservateur	Conservateur	Hystérectomie	Conservateur
Complications	F.V.V.	Suites simples	Suites simples	La charge de la paroi	Suites simples	Suites simples
Pronostic fœtal	Décédé	Décédé	Décédé	-	Décédé	Décédé
Pronostic obstétrical.	Réservé	Compromis	Bon	Réservé	Compromis	Bon

Toutes les patientes concernées sont jeunes, paucipares, cultivatrices avec des grossesses non suivies et de provenance rurale (transfert).

Une seule avait un utérus cicatriciel, et deux avaient des antécédents d'accouchement difficile. Dans 5 cas, la rupture est survenue après un travail prolongé.

Dans un cas, la rupture est iatrogène au cours d'un avortement provoqué clandestin (APC). Le traitement a été conservateur dans 4 cas sur 6 et radical dans 2 cas.

Deux cas ont eu des suites compliquées, l'une par une fistule vésico - vaginale, l'autre par un lâchage de la paroi à plusieurs reprises.

Dans ces deux cas, le pronostic obstétrical reste réservé.

Le pronostic obstétrical est bon dans deux cas ayant bénéficié d'un traitement conservateur.

Le pronostic fœtal est sombre, car tous les enfants sont mort-nés.

## Complications Materno-Foetales

Tableaux n°11 : Complications maternelles

	En travail	En dehors du travail	Transfert	Total	%
Infection	7	2	7	16	10,39
Anémie	4	3	2	9	5,84
F.V.V	-	-	3	3	1,95
Trombo-phlébite	1	-	-	1	0,65
Décès	-	-	1	1	0,65
Aucune	76	25	30	131	85,06
Total	88	30	43	161	

Parmi les complications maternelles, l'infection prend la première place avec 16 cas, soit 10,39% des opérés en urgence suivi de l'anémie 9 cas, soit 5,84%. Les transférées et les parturientes opérées au cours du travail sont les plus exposées à l'infection, 14 cas sur les 16 infectées.

Nous avons à déplorer un cas de décès maternel survenu à la suite d'une décompensation d'une anémie sévère.

Le total dépasse le nombre de cas (161 au lieu de 154 dossiers) parce qu'il y avait des associations des complications pour une même patiente.(Anémie + infection ; FVV + infections ; ....).

Tableau n°12 : Score d' APGAR à 1' et complications fœtales.

Score d'APGAR \ Complication	0	< 7	7-8	9-10	Total	%
Infection	-	10	2	4	16	11,11
Ictère	-	1	1	3	5	3,47
Décès	14	5	2	1	22	15,28
Aucune	-	11	28	62	101	70,14
Total	14	27	33	70	144	100,00

Parmi les 22 cas de décès foetaux, 14 sont mort nés, 5 étaient nés avec un APGAR inférieur à 7 et 3 autres un bon APGAR ( $\geq 7$ ).

En ce qui concerne ces trois derniers, les césariennes ont été faites pour pré-éclampsie sévère à 30-31 semaines, les poids de naissance étaient successivement 900- 1000 et 1400 g.

Dans les 16 cas ayant présenté une infection, 10 (soit 62,50 %) étaient nés avec un APGAR bas. ( $< 7$ ).

Cinq enfants ont présenté un ictère néonatal. Le total est inférieur aux cas car il concerne seulement les césariennes et les ruptures utérines.

**Tableau n°13 : Les indications des interventions dans les 22 cas de décès foetal et le Mode d'Admission.**

	Effectif	Transfert	Admission directe
Rupture utérine	5	5	-
Pré - Rupture	3	2	1
Pré - Eclampsie sévère < 32 semaines	3	-	3
SFA + Procidence cordon	2	-	2
SFA	2	-	2
SFA + BGR	2	2	-
Prés Transverse + M.F.I.U	2	2	-
DFP + M.F.I.U	1	-	1
SFA + PP. Hémorragique	1	-	1
H.R.P + M.F.I.U	1	-	1
Total	22	11	11

La rupture utérine et la pré - rupture restent les causes principales de mortalité néonatale, 8 cas sur les 22 ( soit 36,37% ) puis vient la SFA seule ou associée, 7 cas sur 22 (31,82 %).

Quant au mode d'admission, 11 étaient des patientes transférées (50%).

**Tableau n°14 : Répartition des 22 cas de décès foetal en fonction des indications opératoires et le temps de latence entre l'heure d'arrivée et l'heure de l'intervention.**

Temps de latence \ Indications	< 60'	1h - 2h	> 2h	Total
Rupture utérine	5	-	-	5
Pré - rupture	3	-	-	3
Pré - Eclampsie	-	-	3	3
SFA + Procidence	2	-	-	2
SFA	2	-	-	2
SFA + BGR	2	-	-	2
Prés. Transv. + MFIU	-	2	-	2
DFP + MFIU		1	-	1
SFA + PP	1	-	-	1
HRP + MFIU	-	1	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>22</b>

Dans 15 cas, l'intervention a eu lieu dans l'heure qui a suivi l'admission.

Dans 4 cas, l'intervention a eu lieu entre la 1<sup>ère</sup> heure et les 2 heures suivant l'admission et dans ces cas, la mort du foetus était connue avant l'intervention.

Dans les trois cas de pré - éclampsie, l'intervention était presque programmée, les foetus sont nés vivants avec un bon score d'APGAR, mais ils sont morts de la grande prématurité.

**Tableau n° 15 : Répartition des patientes selon le nombre de jours d'hospitalisation**

Effectif Nbre de jours	Effectif	%
≤ 10	116	75,32
11 - 20	26	16,88
21 - 30	3	1,95
31 - 40	3	1,95
> 40	6	3,90
Total	154	100,00

Le nombre de jours d'hospitalisation varie entre 3 et 66 avec une moyenne de 11,55 jours.

La majorité de nos patientes ont eu des suites simples et sont sorties dans les dix jours suivant leur admission : 116 cas soit 75,32%. Les 12 cas qui ont passé plus de 21 jours d'hospitalisation avaient eu des suites opératoires compliquées.

**Tableau n° 16 : Répartition des 12 cas ayant eu un séjour à l'hôpital prolongé en fonction des complications opératoires et de l'intervention.**

Complications	Effectif	Nombre de jours d'hospitalisation	Intervention
Infection	4	24 - 25 - 34 - 56	3 césariennes 1 perforation
Anémie	1	38	1 césarienne
Infection + F.V.V	3	40 - 54 - 66	3 césariennes
Infection + Anémie	1	41	1 césarienne
Infection + Thrombo phlébite	1	62	1 césarienne
Eclampsie	1	45	1 césarienne
Grossesse gémellaire	1	24	1 césarienne
TOTAL	12		

La F.V.V reste une complication obstétricale très invalidante nécessitant une hospitalisation trop longue. Les trois cas de F.V.V. étaient des transférées après un travail très prolongé et des foetus morts.

Deux avaient un syndrome de pré rupture et l'autre un bassin généralement rétréci. Elles ont bénéficié d'un traitement conservateur, mais le pronostic obstétrical reste réservé.

Toutes étaient des primigestes sans enfants. Dans ce même tableau, nous remarquons que sur les 12 cas, 11 avaient subi une césarienne.

La césarienne, quoi que réputée facile, peut être grevée d'une morbidité maternelle assez importante quand elle est faite tardivement surtout dans les disproportions foeto - pelviennes.

Le cas de perforation utérine est une observation particulière qu'il m'a semblé indispensable de la classer dans les ruptures utérines iatrogènes. Il s'agissait d'un nullipare qui a été admise dans un tableau de rétention infectée post -IVG.

La perforation a été suspectée alors qu'on voulait compléter la fausse couche et une laparotomie a donc été réalisée. La perforation intéressait toute la partie droite de l'utérus et un trou à la face antérieure. Un traitement conservateur (suture après résection des berges nécrotiques) a été réalisé. Mais les suites ont été compliquées par un lâchage de la paroi, à trois reprises et une hospitalisation de 56 jours. La jeune fille a raté une année scolaire et le pronostic obstétrical reste réservé.

**CHAP.IV. : COMMENTAIRES ET  
REVUE DE LA LITTERATURE**

## **CHAP. IV. COMMENTAIRES ET REVUE DE LA LITTERATURE**

### **IV.1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES**

#### ***IV.1.1. La fréquence des urgences chirurgicales en maternité***

Les quatre grandes urgences chirurgicales connaissent des fréquences allant de 0,42 à 14,51% par rapport à l'ensemble des accouchements effectués pendant la période d'étude soit 14,51% pour les césariennes, 0,63% pour les ruptures utérines, 0,52% pour les torsions et 0,42% pour les GEU.

Il ressort que la césarienne et la rupture utérine sont les urgences fréquemment enregistrées.

Dans notre série, la césarienne occupe la première place avec 139 cas soit 90,26% des interventions faites en urgences ;

#### ***IV.1.2. L'âge***

Dans notre série, l'âge varie entre 17 et 45 ans, avec un âge moyen de 29,86 ans, ce qui correspond par ailleurs à la période d'activité génitale de la femme. Plus de 70% de nos patientes ont moins de 30 ans (Tableau n°2), ce qui montre que les parturientes sont jeunes.

D'autres auteurs trouvent les mêmes tranches d'âge (74,78,89).

#### ***IV.1.3. Parité***

Dans notre série, la parité varie de 0 à 10 avec une moyenne de 4,8 pares. Les primipares occupent la première place et représentent dans notre série, 62,99% des opérées en urgence.

La parité influence le taux de césarienne. Chez les primipares, elle est liée aux anomalies du bassin (dystocie osseuse), en rapport dans la plupart du temps avec la maternité précoce.

La prédominance des primipares est citée par d'autres auteurs (8, 27). De plus, les primipares constituent un terrain électif de survenue de pré - éclampsie avec parfois des complications justifiant la césarienne.

Sur les 11 cas opérées pour pré - éclampsie, dans notre série, 7 cas (soit 63, 63%) étaient à leur première grossesse.

#### **IV.1.4. Répartition des interventions dans le temps**

Au cours de la période de l'étude, la répartition des interventions faites en urgence est stable avec une moyenne de 25,4 interventions par mois. Tous les cas de G.E.U ont été opérés aux mois de Novembre et Décembre 1998, tandis que les cas de rupture utérine en Mars et Avril 1999. Ceci n'a pas une explication scientifique pour l'instant, la seule possible en médecine est la loi des séries.

Dans leur étude sur la prise en charge des G.E.U au CONGO, PAMBOU et Collaborateurs retrouvent un pic des G.E.U au mois de Mai sans qu'il y ait une explication (74)

#### **IV.1.5. Provenance**

Plus de la moitié des patientes (81/154) viennent de la capitale en particulier dans les quartiers de NGAGARA - KAMENGE - NYAKABIGA et GIHOSHA.

Pour celles qui proviennent des provinces, 49 sur les 73 proviennent de BUJUMBURA RURAL (17 cas) BUBANZA (19 cas) et CIBITOKÉ (13 cas).

A notre avis, une raison simple pourrait expliquer cette situation. Ceci est le reflet de l'emplacement de ces zones par rapport au CHU de KAMENGE.

Pour ces cas venus des provinces, c'est la même raison que précédemment car les provinces de l'Ouest sont drainées, en matière de santé, par les hôpitaux de la capitale. Le CHU KAMENGE étant un hôpital public, il est accessible à tous, même ceux qui ont un niveau socio - économique bas et même les cartes d'assurance maladies sont acceptées à concurrence de 50%.

Dans une autre étude faite au CHU KAMENGE sur les accouchements après césarienne (27), 81,33% des cas venaient de BUJUMBURA et les quartiers de NGAGARA, KAMENGE et NYAKABIGA étaient les plus représentés.

#### **IV.1.6. Mode d'Admission**

Sur les 154 cas opérés en urgence dans notre étude, 39 cas soit 25,32% sont des transférés. Dans son étude, AKPANZA (33), trouve un taux des transférés plus important que le nôtre, 67, 21%.

Les différences sont probablement dues aux indications des transferts. Dans son étude, 72,22% des patientes opérées pour rupture utérine étaient des transférées, dans notre série toutes les opérées (100%) pour rupture utérine étaient des transférées. Beaucoup d'auteurs Africains pensent que l'équipement des structures de santé provinciales et la construction des maternités chirurgicales de relais pourraient réduire considérablement la fréquence des évacuations (1, 12, 62, 65).

#### **IV.1.7. Couche socio - professionnelle et suivi pré - natal**

Les ménagères et les cultivatrices, avec une incidence de 61,04% (94 cas sur 154), payent un lourd tribut à l'intervention en urgence.

Il s'agit de ces femmes chargées des travaux ménagers et de l'éducation des enfants, en général sans source de revenus. Ce qui explique souvent que ces femmes soient obligées d'attendre le mari ou un autre membre de la famille pour leur prise en charge et comme conséquence un retard à la sollicitation des services de santé : ceci est le constat d'autres auteurs (32, 42, 43).

Elles sont généralement moins informées et les grossesses sont mal suivies. Le bon suivi prénatal est le premier maillon dans la prévention de la morbidité et de la mortalité foeto - maternelle grâce au dépistage et à la prise en charge précoce des pathologies obstétricales (2, 46, 59, 62).

Dans notre série, nous remarquons qu'une femme sur dix ne consulte pas pendant sa grossesse.

Dans le même temps, seulement une femme sur dix fait plus de 5 consultations pendant sa grossesse.

## IV. 2. LA CESARIENNE

### IV. 2.1. Fréquence

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Sa fréquence varie d'un pays à l'autre. Elle constitue la plus fréquente intervention chirurgicale réalisée dans un service de maternité en général et dans le notre en particulier, avec des taux variant de 70 -90%. Ces taux sont cités par d'autres auteurs (9).

Les deux dernières décennies ont coïncidé avec une croissance rapide des taux de césarienne dans la plupart de pays y compris ceux en développement.

Tableau n°17 : Taux de césarienne dans différents Pays.

AUTEURS	ANNEE	PAYS	TAUX
MAILLET (7)	1991	ETATS - UNIS	16,5%
BAILLE (5)	1995	FRANCE (Toulouse)	12%
CISSE (9)	1995	SENEGAL (Dakar)	15 - 20%
CISSE (9)	1995	ALLEMAGNE	7,5 - 16%
AZOULAY (4)	1997	FRANCE (Marseille)	19,22%
DIALLO (89)	1998	GUINEE (Conakry)	17,5%
ALAMI (29)	1999	MAROC (Rabat)	10%
NOTRE SERIE	1999	BURUNDI (Bujumbura)	14,51%

Ces taux sont souvent des taux de césariennes dans des hôpitaux de références et non des taux nationaux.

Dans certains Hôpitaux d'Afrique, le taux de césarienne est encore bas (1,79%) (8 ,12). Cela est dû à un manque d'équipement ou de personnel habilité pour faire les césariennes.

Dans notre contexte d'exercice où la mort maternelle demeure encore préoccupante, 600 décès pour 100.000 naissances vivantes (94) , le problème n'est pas de discuter si l'on ne fait pas trop de césariennes, mais plutôt de savoir comment organiser un accès plus facile aux structures chirurgicales.

#### **IV. 2.2. Indications**

Nos principales indications sont les suivantes :

1° **La DFP** : 44 cas soit 31,65%. Dans la majorité des cas, il s'agit d'anomalies du bassin ou d'une mauvaise flexion de la tête car dans 30 cas sur les 44, les bébés pèsent moins de 3500g. Dans seulement 4 cas, les bébés ont plus de 3800g, il s'agit là d'une disproportion foeto - pelvienne vraie. Dans son étude sur le défaut d'engagement à dilatation complète ALAMI et col (29) trouvent que les variétés postérieures mal fléchies sont présentes dans 63% des cas et que dans 47,3% des cas le détroit moyen est rétréci.

2° **La SFA** : 41 cas soit 29,50%. Elle est appréciée sur l'auscultation cardiaque foetale et l'aspect du liquide amniotique(LA) ; dans certains cas sur l'enregistrement par un monitoring externe. Pour CISSE et col (9), les césariennes pour SFA représentent 25,7% et la majorité présente des anomalies du travail.

3° Dans 17,99% des cas, les opérées présentent **un rétrécissement du bassin (BGR)**. Les femmes de « petite faille » (<1,55 m) ont un bassin significativement plus souvent rétréci que les femmes de taille supérieure à 1,55 m. Dans sa série, CISSE (9) trouve que 22,2% présentent un rétrécissement du bassin.

4° **Utérus cicatriciels** : 21 cas soit 17,99%. Nous ne sommes pas des adeptes de la césarienne itérative, en l'absence de contre indication (gros bébé, présentation autre que le sommet, utérus fraîchement cicatriciel (moins de 15 mois), nous tentons souvent la voie basse. D'autres auteurs trouvent des pourcentages variant entre 11 - 20% (10, 16, 18, 27).

5° **La présentation de siège** : 13 cas soit 9,35%. Notre attitude n'est pas d'opérer systématiquement le siège, mais l'indication est discutée en fonction de certains paramètres : cicatrice utérine, gros foetus, anomalies du bassin, ouverture de l'œuf depuis plus de 12 heures sans travail spontané, dystocie dynamique.

Pour AZOULAY (4), les césariennes pour siège représentent 13% du taux global.

6° **Pathologie maternelle** : elle est dominée par l'hypertension artérielle (pré - éclampsie), 11 cas et ses complications : 3 cas de RCIU, 1 cas d'HRP et 1 cas d'éclampsie. Nos critères de décision d'extraction sont l'HTA mal maîtrisée, apparition des signes biologiques de gravité (fonction rénale altérée, thrombopénie, perturbation des enzymes hépatiques), des signes de

souffrance foetale (RCF peu réactif ou présentant des ralentissements, RCIU, oligoamnios) ou ascite maternelle .

Pour AZOULAY (4), la maladie hypertensive isolée ou associée à une autre pathologie représente 9% des indications maternelles. La vélocimétrie (Doppler ombilical, cérébral et utérin) et le monitoring font partis des critères d'extraction.

Dans la plupart des cas de notre série, la césarienne est faite sur association de deux ou trois indications (SFA + DFP, SFA + BGR, BGR + Utérus cicatriciel, siège + utérus cicatriciel ; BGR + Siège + SFA etc.....).

La SFA représente, pour de nombreux auteurs, la principale indication de la césarienne (7, 8, 20, 27).

Les données de la littérature montrent que plusieurs classifications sont utilisées pour les indications de césariennes. Celle que nous proposons se rapproche de celle de Maillet (7), de Boisselier (13) et de Cissé (9) qui distinguent trois groupes :

- **Les césariennes dites « Obligatoires »** pour des situations où l'accouchement ne peut être effectué que par voie haute, l'absence d'intervention conduisant au décès de la mère et/ou de l'enfant ou à des séquelles graves (DFP, Présentation dystocique, P.P. Hémorragique ; BGR ; Procidence du cordon .....).
- **Les césariennes dites « de prudence »** : l'intervention n'est pas indispensable, mais améliore le pronostic de la mère et de l'enfant (souffrance foetale ; ATCD de stérilité, de MFIU ou mort péripartale ....).
- **Les césariennes dites « de nécessité »** sont effectuées pour des pathologies généralement accessibles à un traitement médical mais qui, en l'absence de prise en charge correcte pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement, aboutissent à une situation imposant une intervention de sauvetage (pathologie hypertensive compliquée)

Cette classification permet de faire la part entre les indications obligatoires qui visent surtout à réduire la mortalité maternelle et néonatale, les indications de prudence dont l'objectif principal est de réduire le risque néonatal et les indications de nécessité qui sont le reflet de la qualité de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.

Nous pensons, comme d'autres auteurs Africains (9), que pour réduire la mortalité maternelle, les efforts doivent porter, d'une part, sur la réduction sensible des césariennes de nécessité et, sur d'autre part, l'augmentation des césariennes obligatoires.

### **IV.2.3. Pronostic néonatal**

Dans notre série, nous avons enregistré 22 cas de décès fœtaux, 17 après une césarienne et 5 après une rupture utérine.

Nous pensons que le taux élevé de mortalité néonatale est en rapport, d'une part, avec le fait que 90% des interventions concernent des césariennes d'extrême urgence et d'autre part, avec le fait que 20% des enfants naissent en état de souffrance gravissime (APGAR < 3).

Dans les pays en développement, peu de statistiques sont disponibles sur la mortalité néonatale post césarienne : 13% à LIBREVILLE pour PICAUD (8). Dans les pays développés ce taux est de l'ordre de 2 à 3% (22,25). Les facteurs de risque en cause, sont dominés par une pathologie hypertensive mal contrôlée chez la mère (37).

## **IV. 3. LA RUPTURE UTERINE**

### **IV.3.1. Fréquence**

Pendant la période d'étude, 958 accouchements ont été effectués et 6 ruptures utérines ont été enregistrées soit une fréquence de 0,63%. Ce taux est très élevé, comparé à ceux des pays développés dont le taux varie entre 0,01% à 0,07% (56).

Cependant, il est meilleur que celui trouvé par ILOKI au CONGO 0,70% (54) ; KEITA en GUINEE 0,74% (57) et par MKONE en COTE D'IVOIRE 0,97% (90). Certaines publications citent des taux de 1% (57,91). Dans tous les cas, sur seulement 6 cas de rupture utérine l'échantillon n'est pas suffisant pour se prononcer sur la fréquence des ruptures utérines au BURUNDI.

### **IV.3.2. Conditions socio-économiques**

Dans notre série, toutes les patientes sont des cultivatrices avec des grossesses non suivies et de provenance rurale.

ABBASSI (56) parle dans sa série de 77% de grossesses non suivies et la majorité sont issues d'un milieu rural ou sémi – rural. Il est unanimement admis que la fréquence de ruptures utérines est inversement proportionnelle au développement médical, elles restent l'apanage des pays sous médicalisés (61,91). Cela montre que l'analphabétisme et le manque d'information jouent un rôle prépondérant dans la survenue de cet accident.

### **IV.3.3. Age et parité**

Toutes nos patientes sont jeunes, entre 23 - 33 ans. La plupart des auteurs (51, 56, 61) sont unanimes sur le fait que la rupture peut survenir à tout âge avec une gravité croissante avec l'âge.

Quant à la parité, elle est incriminée par beaucoup d'auteurs (56, 57, 91) comme étant le facteur favorisant principal.

Dans notre série nous n'avons qu'une seule multipare et quatre sont des paucipares. Parmi ces dernières, deux avaient des antécédents d'accouchements difficiles avec des enfants mort-nés et une autre avait un utérus cicatriciel.

Les primipares peuvent être également victimes de rupture utérine, il faut donc rechercher systématiquement des facteurs déterminants tels qu'une dystocie (56).

Dans notre série, une primigeste nullipare a été enregistrée, il s'agissait d'une rupture iatrogène après un avortement provoqué clandestin (APC) à 13 semaines.

L'avortement provoqué sans raison médicale est une pratique interdite par la législation de la quasi totalité des pays d'Afrique noire, mais cela n'empêche pas la réalisation des manoeuvres à visée abortive dans la clandestinité.

CISSE et Coll (92) décrivent 4 cas de péritonites par perforation utérine compliquant des avortements clandestins. Les lésions nécrotiques étendues ont imposé une hystérectomie.

### **IV.3.4. Antécédents Gynéco - Obstétricaux et facteurs déterminants**

La rupture utérine constitue le risque majeur des grossesses sur utérus cicatriciel, notamment au moment de l'accouchement.

Dans notre série, une avait un utérus cicatriciel, deux avaient des antécédents d'accouchement difficile avec des enfants morts-nés.

A part le cas de rupture iatrogène au cours d'un APC, les 5 autres cas, la rupture est survenue après un travail prolongé.

En effet, les femmes porteuses d'une dystocie méconnue, ne sont acheminées vers un centre sanitaire qu'au bout de plusieurs heures de travail inefficace à domicile ou assuré par une accoucheuse à domicile. Ceci est le constat d'autres auteurs (56, 90, 91).

#### **IV.3.5. Clinique**

Les circonstances de découverte de la rupture utérine ont été variables : 3 cas (50%) ont été diagnostiqués avant l'accouchement dans un tableau clinique classique avec hémorragie génitale, fœtus sous la peau, et état de choc dans un contexte de travail prolongé.

Dans 2 cas (33,33%), la rupture a été reconnue lors d'une césarienne pour pré-rupture. KHABOUZE (61) parle dans sa série, de 75% des cas diagnostiqués avant l'accouchement et le ¼ des ruptures utérine a été reconnu après l'accouchement soit lors d'une césarienne, soit lors d'une révision utérine. C'est le cas surtout des utérus cicatriciels. Au CHU.Kamenge, aucune rupture n'a été notée pour des patientes suivies dans le service pour un travail d'accouchement.

#### **IV.3.6. Traitement**

Dans notre série, il a été conservateur dans 4 cas (66,67%) et radical dans 2 cas (33,33%). La tendance conservatrice est adoptée par d'autres auteurs Africains : ABBASSI (56) pratique la suture de la brèche dans 89%, KHABOUZE (61) dans 78%.

Pour PICAUD (55), l'hystérectomie est pratiquée dans 46,4% des cas, KEITA (57) dans 27,74% et ZINE (64) dans 20,7%. Dans sa série, TETE (51), l'hystérectomie a été pratiquée dans la majorité des cas (71%) à cause, dit-il, de l'ampleur des dégâts anatomiques.

A notre avis, cette tendance conservatrice des auteurs des pays africains répond à deux exigences socio - culturelles de notre société. Elle permet de conserver les menstruations, ainsi que la fonction procréatrice de la patiente.

Cependant notre attitude doit être nuancée en fonction de l'étendue des lésions, l'état du muscle utérin, la présence de l'infection, l'existence d'une lésion vasculaire importante, parce que les complications post - opératoires telles que les lâchages de suture et les suppurations post opératoires grèvent le pronostic maternel.

#### **IV.3.7. Pronostic maternel et foetal**

Dans notre série, aucune mort maternelle n'est à déplorer suite à une rupture utérine contrairement aux autres auteurs africains.

La plupart des auteurs parlent d'un pronostic maternel sombre d'autant plus que l'intervalle entre l'accident et la prise en charge est long.

La mortalité maternelle est évaluée à 2,4% dans la série de ABBASSI (56), à 4% pour KHABOUZE (61), à 3,1% pour RACHDI (60), à 6,5% pour PICAUD (55).

Des taux plus élevés ont été signalés par certains auteurs : KEITA (57) : 25,16%, CHAMPAULT (91) : 17%.

La mortalité maternelle reste nulle dans les pays développés du fait d'une meilleure prise en charge : 0% en France.

La morbidité et les complications post - opératoires sont représentées par l'infection de la paroi (1 cas) et une fistule vésico - vaginale (1 cas). Dans ces deux cas, même si on a réalisé un traitement conservateur, le pronostic obstétrical reste réservé.

Quant au pronostic foetal, il est très sombre. Dans notre série tous les enfants sont morts - nés. La mortalité foetale est lourde, elle varie entre 50 et 85% selon les auteurs (55, 57, 60).

#### **IV.4. LA GROSSESSE EXTRA - UTERINE**

##### **IV.4.1. Fréquence**

Pendant la période de notre étude, 958 accouchements ont été enregistrés et dans le même temps, 4 grossesses extra - utérines (GEU) ont été diagnostiquées soit une GEU pour 240 accouchements. Nos cas sont peu nombreux pour en déduire des données épidémiologiques.

Beaucoup d'auteurs (74, 76, 80) disent que la G.E.U reste une pathologie fréquente estimée entre 0,6% et 1,5% dans les grossesses naturelles.

##### **IV.4. 2. Age**

La GEU est une pathologie fréquente touchant les femmes jeunes avec un âge moyen de 30 ans et en majorité sans enfants. La notion de stérilité comme facteur de risque est retrouvée par certains auteurs (78).

Pour les 4 cas de nôtre étude, elles ont 23 - 27 - 28 et 41 ans avec un âge moyen de 29 ans et 9 mois.

##### **IV.4.3. Parité**

Dans la plupart des cas, la G.E.U affecte la paucipare (2<sup>e</sup> - 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup>) et la nullipare dans un quart des cas (80).

Pour les 4 cas de notre étude, 2 sont nullipares et 2 autres paucipares (2<sup>e</sup> pare). Trois sur les 4 sont sans enfants. Ce qui rejoint les données de la littérature.

#### **IV.4.4. Antécédents**

Dans la littérature, plusieurs facteurs de risque sont incriminés : avortements à répétition, antécédents de G.E.U, de chirurgie tubaire, de chirurgie pelvienne, d'infection génitale, de contraception par dispositif intra-utérin, de stérilité et des infections sexuellement transmissibles (I.S.T). La procréation médicalement assistée (PMA) est actuellement décrite comme facteur de risque (95).

Dans nos quatre cas, aucun facteur de risque n'est mentionné sur le dossier. La GEU peut se produire chez toute patiente même chez celle n'ayant aucun facteur de risque.

Dans notre spécialité, il faut parfois savoir penser à un diagnostic devant un tableau clinique évocateur même en l'absence de facteurs de risque.

#### **IV.4.5. Diagnostic**

- Il a été clinique dans un cas présentant un tableau de G.E.U rompue associant aménorrhée et douleurs violentes d'apparition brutale et des signes de choc sans saignement extériorisé. Une laparotomie a été faite en urgence qui a confirmé le diagnostic.

Pour AZOULAY (71) les formes cataclysmiques menaçant le pronostic vital sont en nette régression en France, grâce aux possibilités de diagnostic précoce apportées par le dosage des BHCG et l'échographie par voie vaginale.

- Dans 2 cas, devant une suspicion clinique de GEU (aménorrhée, douleur), l'échographie a été déterminante en montrant un utérus vide, et une image latéro-utérine évocatrice : l'une de 18mm avec un épanchement péritonéal et l'autre de 40 mm de diamètre. Dans les deux cas, la laparotomie faite en urgence a confirmé le diagnostic.

- Dans le dernier cas, la clinique était pauvre : pas de douleurs, pas de saignement. La patiente avait une aménorrhée de 7 semaines + 5 jours. La réaction immunologique de la grossesse était positive, mais 2 échographies faites à 10 jours d'intervalle montraient un utérus vide sans épanchement sans masse latéro-utérine (M.L.U).

Une laparotomie diagnostique faite après la 2<sup>e</sup> échographie retrouvait une

GEU droite avec avortement tubo - abdominal en cours d'expulsion. La trompe a été conservée. Ce cas était une indication de coelioscopie diagnostique.

Dans la littérature, la douleur abdominale est la symptomatologie la plus fréquente. Elle varie entre 70 et 100% selon les auteurs (78, 80, 93). Elle est retrouvée, dans notre étude, dans 3 cas sur les 4 (75%). Les métrorragies sont retrouvées dans 50 - 60% des cas et une masse latéro - utérine dans seulement 15% des cas.

Ces symptômes et ces signes cliniques ne constituent que des signes d'appel, et leur absence ne doit en aucun cas faire éliminer le diagnostic. Les examens biologiques : le Dosage des BHCG permet de détecter une grossesse. Une gestation anormale est suspectée si le taux des BHCG n'augmente pas dans un délai de 48 heures (71).

Dans notre étude, un test immunologique de la grossesse a été fait dans un seul cas et il était positif.

L'échographie : c'est le troisième élément majeur du diagnostic. Toute suspicion de G.E.U doit conduire à une échographie endovaginale, qui, associée à la voie sus - pubienne, apporte des informations complémentaires dans plus de 60% des GEU (93).

Les signes échographiques de la GEU sont directs, tels que la visualisation d'un sac extra - utérin ou indirects comme l'hématosalpinx, l'hémopéritoine et le pseudo - sac endométrial.

Dans notre étude, l'échographie a posé le diagnostic de G.E.U. dans 3 cas sur 4 (75%). Aucune patiente n'a bénéficié d'une coelioscopie car cette technique n'est pas actuellement pratiquée au CHU de KAMENGE ( au BURUNDI).

#### **IV.4.6. Traitement**

Une cure chirurgicale par laparotomie a été réalisée pour les 4 cas. La salpingectomie a été l'acte chirurgical le plus fréquent (3 cas). La conservation tubaire n'a été possible que dans 1 cas. Cela dénote la particularité de la G.E.U dans les pays sous médicalisés. En quelque sorte, il se pose le problème de diagnostic précoce de la G.E.U en vue d'une chirurgie conservatrice.

Dans sa série, PAMBOU au Congo (74) parle de 100% de laparotomie avec salpingectomie contre 14% seulement de laparotomie à TENON (PARIS, France).

La cœliochirurgie est aujourd'hui le traitement de référence de la G.E.U dans les pays développés. Ainsi, plus de 95% de G.E.U. peuvent bénéficier d'un traitement coelioscopique.

#### **IV.4.7. Pronostic**

Pour les 4 cas de notre étude, les suites opératoires ont été simples avec une hospitalisation de 5 à 8 jours. La morbidité demeure préoccupante, les formes de G.E.U. rencontrées tardivement compromettent l'avenir obstétrical des patientes.

En effet, selon beaucoup d'auteurs (76, 78, 80, 93) la fertilité après traitement de la GEU est une préoccupation constante dans la mesure où un nombre non négligeable des patientes présenteront soit des problèmes de stérilité, soit de récives de G.E.U.

Pour AZOULAY (71) le pourcentage de G.I.U après traitement conservateur ou radical varie entre 40 et 70% et les risques de récurrence de G.E.U varie entre 12 et 28%.

### **IV.5. LA TORSION ANNEXIELLE**

#### **IV.5.1. Fréquence et âge**

La torsion annexielle est une complication rare représentant 2,7% des urgences gynécologiques. Pendant la période d'étude, sur les 154 urgences chirurgicales enregistrées, 5 étaient des torsion annexielles soit 3,25%. Ce qui est légèrement au dessus des données de la littérature.

Cette complication survient principalement durant la période de reproduction et plus rarement durant l'enfance (15% des cas) et la ménopause (15%), (85, 87).

Dans notre étude, les patientes concernées ont un âge compris entre 22 et 38 ans, avec une moyenne de 29 ans 2 mois. Dans la littérature, des observations de torsion durant la vie foetale ont aussi été rapportées (86).

L'incidence des kystes ovariens compliquant la grossesse est évaluée à 0,15% et dans 12% des cas, la torsion surviendrait durant le premier trimestre (85). Sur les 5 cas opérés pour torsion dans notre étude, 2 étaient enceintes et au cours de leur premier trimestre (8 semaines et 13 semaines) soit 0,21% par rapport au total d'accouchements.

L'incidence paraît élevée par rapport à ce qui est rapportée dans la littérature. Cela est due à notre avis à la période d'étude courte dans notre série.

#### **IV.5.2. Diagnostic**

La majorité de nos patientes (4/5) ont consulté pour un syndrome douloureux abdominal associé à des nausées et/ou des vomissements d'apparition récente. L'examen clinique (T.V) retrouve une masse latéro-utérine douloureuse et mobile dans 4 cas.

Dans un cas, la douleur est frustrée mais l'échographie a visualisé une G.I.U évolutive de 8 semaines et un énorme kyste de 9,4cm x 8,5cm.

Dans les 5 cas, l'examen clinique associé à l'échographie pelvienne ont évoqué le diagnostic de torsion. Ce tableau clinique et échographique est décrit par d'autres auteurs (85,87).

#### **IV.5.3. Traitement**

Dans les 5 cas de notre étude, une laparotomie a été réalisée. L'acte chirurgical était une kystectomie dans les 5 cas, associée à une salpingectomie dans un cas.

Dans 4 cas, il y avait réellement une torsion du kyste qui a été enlevé après détorsion. Dans un cas, il n'y avait pas de torsion, mais le kyste était en pré-rupture. L'état de l'annexe n'est pas précisé sur le dossier tout comme le délai entre l'intervention et le début des symptômes.

Dans la littérature, le traitement recommandé était, jusqu'il y a peu, la laparotomie avec annexectomie de l'annexe ischémisée. Actuellement des traitements conservateurs sont préconisés par différents auteurs.

BUSINE (85) décrit 3 cas de torsion annexielle pendant le premier trimestre ayant bénéficié d'un traitement conservateur par coelioscopie.

Mais les observations concernant la coeliochirurgie durant la grossesse sont encore rares (73, 87). Le traitement conservateur n'est possible qu'en cas de diagnostic précoce. Les lésions ischémiques seraient irréversibles après un délai de 36 à 48 heures.

#### **IV.5.4. Pronostic**

La morbi-mortalité pour torsion annexielle est nulle dans notre étude. Chez les femmes enceintes, l'évolution de la grossesse n'a pas été perturbée par l'intervention.

En cas d'attitude expectative pendant la grossesse, les complications fréquentes consistent en torsion annexielle avant 20 semaines et une rupture kystique au cours de l'accouchement.

Beaucoup d'auteurs ne pensent pas qu'un traitement des kystes de plus de 5 cm observés en début de grossesse doit être systématique (85, 86, 88), Mais il est justifié si le kyste persiste au cours du deuxième trimestre. Les bénéfices du traitement conservateur en terme de fertilité ultérieure paraissent évidents : préservation de l'ovaire et récupération de la fonction tubaire rapidement dès la détorsion.

## **CHAP.V. : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## CHAP.V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### V.1. CONCLUSION.

Au terme de notre étude, nous constatons la fréquence des urgences chirurgicales à la maternité du CHU.Kamenge varie de 0,42 à 14,51%. (0,42 GEU - 0,63 Rupt. ut., 14,51% Césarienne) La césarienne occupe la 1<sup>ère</sup> place avec un taux de 14,51% par rapport à tous les accouchements et 90,26% des interventions faites en urgence.

Les patientes concernées sont jeunes avec un âge moyen de 29,86 ans. Les primipares représentent 62,99% des opérées en urgence.

Dans la majorité des cas, les patientes viennent des quartiers de la capitale et des provinces environnantes. Dans ¼ des cas, les patientes sont transférées des zones rurales et les causes de transfert sont, dans la plupart du temps, des ruptures utérines ou des indications obligatoires de césarienne (DFP, présentation viscieuse, pré-rupture, utérus cicatriciel, BGR) et ceci par manque de matériels opératoire et/ou d'opérateurs sur place.

Les parturientes à bas niveau socio-économique avec une mauvaise surveillance prénatale constituent la population à risque.

**Les indications de césarienne** sont dominées par la disproportion foeto-pelvienne, la souffrance foetale et les bassins généralement rétrécis avec 79,14% de toutes les césariennes faites en urgence. L'utérus cicatriciel et le siège ne sont plus des indications systématiques, mais la césarienne est décidée en fonction de certains paramètres (gros bébés, anomalies du bassin, rupture des membranes sans mise en travail spontané, dystocie dynamique, type de cicatrice et suite opératoire). En Afrique, le problème de surveillance cardiotocographique limite toujours l'utilisation des ocytociques sur utérus cicatriciel pratiqué dans les pays développés.

La pathologie hypertensive représente l'indication la plus fréquente des césariennes faites avant terme (39,13%).

**La rupture utérine** reste préoccupante avec un taux de 0,63% et concerne les patientes non suivies et de provenance rural. Le pronostic foetal est très sombre en cas de rupture, car le taux de mortalité néonatale est de 100% dans notre étude.

**La GEU** est une complication fréquente du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse, le diagnostic est fait par la clinique associée à l'échographie dans 75% des cas.

La laparotomie avec salpingectomie constitue, jusqu'aujourd'hui, le mode de traitement au CH.Kamenge. Le pronostic obstétrical est réservé parce que le traitement souvent réalisé est une salpingectomie et la trompe controlatérale n'est pas de bonne qualité.

**La torsion annexielle** reste rare avec un taux de 3,25% des interventions. L'examen clinique associé à l'échographie évoque le diagnostic dans 100% des cas.

Dans toutes ces interventions faites en urgence, l'infection et l'anémie constituent les complications les plus fréquentes. La fistule vésico-vaginale est une complication obstétricale invalidante nécessitant une hospitalisation prolongée.

## **V.2. RECOMMANDATIONS.**

Les urgences obstétricales ne pourront jamais être supprimées, mais leur prise en charge peut être améliorée par des efforts considérables au niveau administratif, médical et social.

Au terme de notre étude, les actions à mener pour améliorer la prise en charge des urgences obstétricales et lutter contre la mortalité maternelle devraient être centrées sur les recommandations suivantes :

1° une organisation rigoureuse de dépistage et de la surveillance des grossesses à hauts risque avec éventuellement la gratuité des examens complémentaires et des consultations ;

2° une formation des médecins généralistes des zones rurales en chirurgie obstétricale avec ouverture des blocs chirurgicaux de relais pour améliorer l'accessibilité des populations à la césarienne ;

3° une dotation des services médicaux et chirurgicaux périphériques des moyens de communication et de transfert rapide des cas compliqués ;

4° une sensibilisation de la population sur la santé de la mère et de l'enfant (intérêt des CPN, de la planification familiale, de la promotion de l'accouchement en milieu hospitalier, de l'éducation sanitaire des femmes) ;

5° une réorganisation de l'accueil des urgences avec la mise en place d'un système de prise en charge immédiate (réanimation pré-opératoire, Kit opératoire, soins divers) des patientes dès leur admission ;

6° une amélioration du plateau technique avec une formation continue et apprentissage de nouvelles technologies qui permettront aux équipes soignantes d'assurer des prestations de qualités ;

7° une mise en place d'un comité national de lutte contre la mortalité maternelle chargé d'étudier les causes de décès maternels à l'aide d'un système de recueil de données fiable. *et fœtal*

Comme le dit si bien EL KARROUMI (2) "si les femmes avaient partout dans le monde les mêmes chances de survie d'une grossesse que les femmes des pays développés, il y aurait chaque année, 460.000 décès *de femmes* en moins et 1.500.000 d'enfants ne deviendraient pas orphélins".

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. **AKOTIONGA M., SAWADOGO Y., LANKOANDE J., KONE B.**  
*Morbidité et mortalité maternelles poste-opératoires en milieu Africain. A propos de 583 cas de GEU, de césariennes et de ruptures utérines au Centre Hospitalier National de Ouagadougou.*  
 Rev. Fr. Gynécol Obstét. 1999, 94 (6), 460-466.
  
2. **EL.KARROUMI M., MIKOU F., EL MOUATACIM K., CHRAIBI T., EL JERSIFI H, SAMOUTH N.**  
*La mortalité maternelle à Casablanca. A propos de 28 cas.*  
 Rev.Fr. Gynécol.Obstét. 1999, 94 (6), 450-454.
  
3. **OUEDRAOGO C.M.R., OUEDRAOGO A., OUATTARA T., SANOU J., THIEBA B., LANKOANDE J., KONE B.**  
*Fréquence et causes de la mortalité maternelle. A propos de 300 observations à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou, Burkina Faso.*  
 Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1999, 94 (6), 455-459.
  
4. **AZOULAY P., CRAVELLO L., D'ERCOLE C., BOUBLI, BLANC B.**  
*Evolution des indications des césariennes.*  
 Rev. Fr. Gynéco. Obstét. 1997, 62(2), 69-78.
  
5. **BAILLE F.F., GRANDJEAN, ARNAUD F., LESOURD F., FOURNIE A., REME J.M., PENTONNIER G.**  
*Evolution des taux de césarienne au CHU de TOULOUSE de 1983 à 1993. Détermination et conséquences.*  
 J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1995, 24, 763-766.
  
6. **PHELAN J.P., CLARK S.L., DIAZ F.P., PAUL R.H.**  
*Vaginal birth after cesarean.*  
 Am. J.Obstet.Gynecol. 1987. 157, 1510-1515.
  
7. **MAILLET R., SCHAAL J.P., SLOUKGI J.C., DULARD E., COLLETTE C.**  
*Comment réduire le taux de césariennes en CHU ?*  
 Rev. Fr. Gynécol.Obstét. 1991. 86, 294-300.
  
8. **PICAUD A., NLOME-NZE R.A, KOUAVAHE V., FAYE A., ONSO MVE R.**  
*Les indications de la césarienne et leur évolution au Centre Hospitalier de Libreville.*  
 Rv. Fr. Gynécol.Obstét. 1990. 85, 383-398.
  
9. **CISSE C.T., ADRIAMADY, FAYE E.O., DIOUF A., BOUILLIN D., DIADHIOU F.**  
*Indications et pronostic de l'opération césarienne au CHU de Dakar.*  
 J.Gynécol.Obstét. Biol. Reprod. 1995, 24, 197-199.

**10. MBIYE K., FERRE J., SEPOU A.**

*Indications opératoires des césariennes au CHU de Bangui de 1983 à 1986.*  
Méd.Afr.Noire. 1989, 1, 42-46.

**11. NZEYIMANA R.**

*La césarienne : Evolution des indications, des techniques et des complications infectieuses. A propos de 205 observations à l'Hôpital Prince Régent Charles.*  
Thèse de Doctorat en Médecine. Janvier 1986.

**12. TSHIBANGU K., MBOLOKO E., KIZONDE K.**

*Particularités de la gravido-puerpéralité en Afrique Centrale. Opération césarienne dans 3 environnements différents du Zaïre.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1991,20, 65-72.

**13. BOISSELIER Ph., MAGHIORACOS P., MARPEAU L., HAJALI B., BARRAT J.**

*Evolution dans les indications des césariennes de 1977 à 1983. A propos de 18605 accouchements.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1987, 16, 251-260.

**14. NAIDITCH M., LEVY G., CHALE J.J., COHEN H., COLLADON B., MARIA B., NISAND I., PAPIERNIK E., SOUTEYRAND Ph.**

*Césarienne en France. Impact des facteurs organisationnels dans les variations de pratique.*  
J.Gynéco.Obstét.Biol.Reprod. 1997, 26, 484-495.

**15. CISSE C.T., EWAGNIGNON E., TEROLBE I., DIADHIOU F.**

*Accouchement sur utérus cicatriciels au CHU de Dakar.*  
J.Gynéco.Obstét. Biol. Reprod. 1999, 28, 556-562

**16. CAMUS M., LEFEBVRE C., ILOKI LH., SEEBECKER J., ABBADIE F.**

*Utérus cicatriciels. Accouchements par voie basse sous anesthésie péridurale.*  
J.Gynécol.Obstét. Biol. Reprod. 1989, 18, 379-387.

**17. ABBASSI H., EL KARROUM M; ABOULFALAH A., BOUHYA S., BEKKAY M.**

*Epreuve du travail sur utérus bicatriciel. Etude prospective à propos de 130 cas. Maternité LALLA MARYEN CHU Ibn ROCHA Casablanca, Maroc.*  
J.Gynéco.Obstét. Biol.Reprod. 1998, 27, 806-810.

**18. LEHMANN M., HEDELIN G., SORGUE C., GÖLLNER J.L., GRALL C., CHAMI A., COLLIN D.**

*Facteurs prédictifs de la voie d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod.1999, 28, 358-368.

- 19. TSHILOMBO K.M., MPUTU L., NGUMA M., WOLOMBY M., TOZIN R., YANGA K.**  
*Accouchement chez la gestante Zaïroise antérieurement césarisée.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1991, 20, 568-574.
- 20. BENZINEB N., BELLASFAR M., BOUGUERRA B., AMRI M.T., SFAR R.**  
*Accouchement par voie basse après césarienne.*  
Rev. Fr. Gynécol.Obstét. 1998, 93, 282-284.
- 21. MAGNIN G.**  
*L'accouchement sur utérus cicatriciel. Pratique de l'accouchement.*  
Paris, SIMEP, 2<sup>e</sup> éd, 1992, 154-158.
- 22. LANSAC J., BODY G.**  
*Pratique de l'accouchement.*  
2<sup>e</sup> éd. Paris. SIMEP, 1992, 23.
- 23. BERGER D., RICHARD H., GRALL J.Y., LEVEQUE J., GIRAUD J.R., POULAIN P.**  
*Utérus cicatriciel. Résultat et sélection des patientes à l'accouchement par voie basse.*  
J.Gynéco.Obstét.Biol.Reprod. 1991, 20, 116-22.
- 24. MAC MAHON, LUTHER E.R., BOWES WAJ., OLSHAN AF.**  
*Comparison of a trial of labor with elective second cesarean section.*  
Lancet 1996, 335, 689-695.
- 25. POULAIN P., PALARIC J.C., JACQUEMARD F., GERGER D., N'GUYEN-NGOC-QUI, GRALL J.Y., GIRAUD J.R.**  
*Les césariennes.*  
In.EMC.Obstet. 5102 A<sup>10</sup>, 1991.
- 26. FLAMM B.L., DUNNETT C., FISCHERMANN E., QUILLIGAN E.J.**  
*Vaginal delivery following cesarean section : use of oxytocin augmentation and epidural anesthesia with internal tocodynamic and internal fetal monitoring.*  
Am. J. Obstet.Gynecol. 1984, 148, 759-763.
- 26'. PERROTIN F., MARRET H., FIGNON A., BODY G., LANSAC J.**  
*Utérus cicatriciel : La révision systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement par voie vaginale est-elle toujours utile ?*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1999, 28, 253-262.
- 27. NZORIJANA J.**  
*Etude de l'accouchement après une césarienne au CHU.Kamenge. A propos de 150 cas.*  
Thèse de Doctorat en Médecine, juin 1991.

- 28. DOMMERGUES, MEDELENAT P.**  
*Césariennes : Techniques, indications et complications.*  
Rev.Prat. 1985. 35. (23). 1343-1363.
- 29. ALAMI M.H., AMRANI N., KHACHANI M., FILALI A., EL FEHRI S., ALAOUI M.T.**  
*Le défaut d'engagement à dilatation complète. Correlation radio-clinique. A propos de 19 cas.*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1999. 94 (3). 190-1994.
- 30. THOULON J.M., NICOLLET R., DUMONT M.**  
*La dystocie osseuse du détroit moyen.*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1980, 75 (7), 351-355.
- 31. DARBOIS Y., LEFEVRE.**  
*Forceps-Spatules et ventouse. Faut-il élargir les indications de l'assistance instrumentale à la naissance.*  
Rev. Prat. 1985, 35 (23), 1383-1395.
- 32. BOHOUSSOU K.M., DJANHAN Y., BOKOSSA E., KONE N., WELFENS E., TOURE K., THONNEAU P.**  
*La mortalité maternelle à Abidjan (Côte d'Ivoire), de 1988 à 1993.*  
Méd.Afr.Noire. 1995, 42, 568-571.
- 33. AKPADZA K., BAETA S., HODONOU A.K.S.**  
*Fréquence et pronostic de quatre grandes urgences médico-obstétricales au Centre Hospitalier Régional de SOKODE (Togo).*  
Méd.Afr.Noire. 1996, 43 (11), 592-595.
- 34. LANKOANDE J., TOURE B., OUEDRAOGO A., OUEDRAOGO C.M.R., OUATTARA T., BONABE B., KONE B.**  
*Les éclampsie à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgodo Ouedraogo de Ouagadougou (Burkina Faso). Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs.*  
Méd.Afr.Noire. 1998, 45 (6).
- 35. NOTZON F.C.**  
*International differences in the use of obstetric interventions.*  
JAMA. 1990, 263, 3286-3291.
- 36. NOTZON F.C., CNATTINGIUS S., BERGSJO P.**  
*Cesarean section delivery in 1980's : international comparison by indications.*  
Am.J.Obstet Gynecol. 1994, 170, 495-504.
- 37. GHAZLI M., ZINOUN N., SQALAH-EDDINE A., ADERDOUR M., BEKKY M.**  
*Placenta previa et pronostic foetal. A propos de 200 cas.*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1998, 93 (6), 457-463.

- 38. DANTZER M., SLOUKGI J.C., AGNAGI G., COLETTE C.**  
*Césarienne pour placenta praevia. Mortalité et morbidité périnatales.*  
Rev.Fr. Gynécol.Obstét. 1986. 81, 685-691.
- 39. SOUMMANI A., HERMAS S., MIKOU F., HIMMI A.**  
*La procidence du cordon ombilical. A propos de 165 cas.*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1999, 94 (6), 474-477.
- 40. DUFFOUR P., VINATIER D., BENANAI S.**  
*Procidence du cordon.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1996, 25, 841-845.
- 41. BOULANGER J.C., VISTE M., VERHOEST P., CAMIER B., CARON J.M., FIRMIN J.M.**  
*Les complications maternelles des césariennes. Résultats d'une étude multicentrique.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1986, 86, 15, 327-32.
- 42. BOHOUSSOU K.M., BONIS, AWO T., ANONGBA S., DJANHAN Y., SANGARET M.**  
*La mortalité maternelle au cours de la parturition et le post-partum immédiat.*  
Afr.Méd. 1986. 25, 125-130.
- 43. BOHOUSSOU K.M., KONE N., DJANHAN Y.**  
*Etude épidémiologique de la mortalité maternelle à Abidjan.*  
Inter Fac.Afrique. 1990, n°13.
- 44. BOUVIER-COLL M.H., VARNOUX N., COSTES PH., HATTON F.**  
*Mortalité maternelle en France.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1991, 20, 885-891.
- 45. AKPADZA K., KOTORY K.T., BAETA S., ADAMA A., HODONOU A.K.S.**  
*La mortalité maternelle au CHU Tokoin (Lomé) de 1990 à 1992.*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1994. 89 (2), 81-85.
- 46. KHAROUF M., BENZINEB N., CHELLI H., ETTAGOURTI H.**  
*La mortalité maternelle au Centre de maternité et de néonatalogie de Rabta de Tunis de 1986-1989.*  
J.Gynéco.Obstét.Biol.Reprod.1992,21, 236-240.
- 47. BOUVIER COLL MH.**  
*Mortalité maternelle.*  
EMC. Obstét. 1994. 5082, D10 6 p.
- 48. ILOKI L.H., BOUYA P.A, NKIHOUBONGA-GUINOT G., GNEKOUMOU A., G'BALA-SAPOULOU M.V.; OSSIBI J.P.**  
*Lésions urinaires au cours et au décours de la chirurgie obstétricale d'urgence. A propos de six cas observés au CHU de Brazzaville.*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1999. 94 (3), 218-220.

- 49. DJELLAL-IZEMNI, MISSAOUI M.N., SALEM B., NOUIRA M., BIBI M., ZANINA R., KHAIRI H.**  
*Les fistules vésico-utérines. A propos de deux cas.*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1992, 87, 434-435.
- 50. CORNIER P.H., LEMG J.J., JANKYE, DUTHIL B., BROUSTEV.**  
*Prévention par l'utilisation du cofotetan des complications infectieuses après césarienne.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1989, 18, 388-392.
- 51. RETE K.V.S., ADJAHOTO E.D., DIAGNON K., AKPADZA K., BAETA S., HODONOU A.K.S.**  
*Les ruptures utérines au CHU de Tokoin-Lomé. A propos de 56 cas colligés de janvier 1987 à décembre 1994.*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1996, 9 (12), 606-610.
- 52. CHEVRANT-BRETON O., SAUVAGE J., GRALL J.Y., MENTION J.**  
*La mortalité maternelle à la clinique Gynéco-Obstétrical du CHU de Rennes.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1979, 8, 359-405.
- 53. MANOUNA M., LOUIS O., LOGERON P., PETTIMUR, LAMEYRE D., MEINIEU F.**  
*Rupture spontanée pendant le travail d'un utérus non cicatriciel, sous analgésie péridurale.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1995, 24, 557-560.
- 54. ILOKI K., OKONGO D., EKOUDZOLA I.R.**  
*Les ruptures utérines en milieu Africain. 59 cas colligés au CHU de Brazzaville.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1994, 23, 922-925.
- 55. PICAUD A., NLOME-NZE A.R., OGOWET N., MOUELY G.**  
*Les ruptures utérines. A propos de 31 cas observés au Centre Hospitalier de Libreville (Gabon).*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1989, 84 (5), 411-416.
- 56. ABBASSI H., SEFRIQUI O., MOUHADDAB M., KERROUMI M., BEKKAY M.**  
*Les ruptures utérines au cours du travail (83 cas).*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1998, 93 (6), 423-427.
- 57. KEITA N., DIALLO M.S.**  
*Ruptures utérines. A propos de 155 cas observés à Conakry (Guinée).*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1989, 18, 1041-10-47.
- 58. BOUTALED Y., ADERDOUR M., ZHIRI M.A.**  
*Les ruptures utérines.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1982, 11(1) 87-89.

59. **EL MANSOURI A.**  
*Les ruptures utérines. A propos de 50 cas.*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1995, 48, 28-33.
60. **RACHIDI R., MASSOUDI L., BRAHIM H.**  
*Les ruptures utérines. A propos de 32 cas.*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1994, 89 (2), 77-80.
61. **KHABOUZE S., BERRADA R., DRHATI D., BOUCHIKKI C.,  
EL HAMCHI Z., KHARBACH A., CHAHTANE A., CHAOUI A.**  
*Ruptures utérines. A propos de 292 cas.*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1999, 94 (5), 399-404.
62. **DIOUF A., DAO B., GAYE A., DIALLO D., MOREIRA P., DIADHIOU F.**  
*Les ruptures utérines au cours du travail en Afrique Noire. Expérience d'une maternité de référence à Dakar (Sénégal).*  
Méd.Afr.Noire. 1995, 42, 592-597.
63. **LANKOANDE J., OUEDRAOGO C.M.R., TOURE B., OUEDRAOGO A.,  
AKOTIONGA M., SANO D et al.**  
*A propos de 80 cas de rupture utérines à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou, Burkina Faso.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1997, 26, 715-719.
64. **ZINE S., ABE A., SFAR E., MOULHIT-CHELLI H.**  
*Rupture utérine au cours du travail. A propos de 106 cas observés au Centre de Maternité de Tunis (Tunisie).*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1995, 90 (3), 166-173.
65. **LANKOANDE J., OUEDRAOGO C.M.R., OUEDRAOGO A., BONANE B.,  
TOURE B., DAO B., SONDO, KONE B.**  
*Evacuations sanitaires obstétricales et mortalité foeto-maternelle au Burkina Faso.*  
Méd.Trop. 1997, 57, 311-315.
66. **PICAUD-BENNANI S., MBAALO L., MOULAY G., NLOMENZE G.,  
OGOWET-LGUMU N.**  
*Causes inhabituelles des hémopéritoinies d'origine génitale.*  
J.Gynécol.obstét.Biol.Reprod.. 1990, 19, 441-445.
67. **ROZEMBERG P., GOFFINET, PHILIPPE H.J., NISAND I.**  
*Mesure échographique de l'épaisseur du segment inférieur pour évaluer le risque de rupture utérine.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1997, 26, 517-519.
68. **VENDITTELI F., TABASTE J.L., LEBARCHEDE C.**  
*Rupture utérine sur utérus antérieurement césarisé, revue de la littérature. A propos de 2 cas.*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1993, 88 (5), 333-341.

- 69. BLUM M., GALL T., SHAMAY A.**  
*La rupture utérine : une catastrophe obstétricale*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1979, 74, 751-754.
- 70. FERCHIOU M., ZHIOUA F., HASNAOU M., SGHAÏERS S., JEDOUI A.**  
*L'hystérectomie en période gravido-puerpérale.*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1996, 91(5), 223-236.
- 71. AZOULAY P.**  
*La grossesse extra-utérine.*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1994, 89, 547-552.
- 72. SEAK-SAN S., MOULINASSE R., VAN WYMERSCH G., SARTENAER J.G.**  
*La grossesse extra-utérine. Mise au point et approche hystéroscopique de la pathologie.*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1998, 93 (4), 291-296.
- 73. LANSAC J., LECOMTE P.**  
*Gynécologie pour le praticien.*  
4<sup>e</sup> édition SIMEP. P.
- 74. PAMBOU O., GUYOT B., NTSIKA, NZIMBOU J., MOUAMBIKO CH., DUCKAT S., BWAMBO S., SAPOULOU V.M.**  
*Prise en charge de la grossesse extra-utérine au CHU de Brazzaville (Congo) et à l'Hôpital Tenon (Paris, France).*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1996, 91 (5), 223-227.
- 75. FORVEILLE C., BOULIEU D.**  
*Grossesses extra-utérines après fécondation in vitro. A propos de 6 cas.*  
J.Gynécol.Obstét.BiolReprod. 1997, 26 (4), 374-376.
- 76. HAVUG J.P., MADELENAT P.**  
*La grossesse extra utérine aujourd'hui.*  
Rev.Prat. 1987, 37 (39), 2343-2352.
- 77. DUBUISSON J.B., CHARPRON CH.**  
*Grossesse extra-utérine. Etiologie, diagnostic, évolution, traitement.*  
Rev.Prat. (Paris), 1998, 48.
- 78. DIALLO F.B., IDI M., VANGEENDERHUYSEM C., TAHIROU AL.M., BARAKA D., HADIZA I., SAHABI, GARDA M., LABO I.**  
*La grossesse extra-utérine (GEU) à la maternité Centrale de référence de Niamey (Niger). Aspect diagnostic thérapeutique et pronostic.*  
Méd.Afr.Noire. 1998, 45 (6).
- 79. PAMBOU O., GUYOT., ANTOINE J.M., SALAT BAROUN.**  
*Chirurgie endoscopique gynécologique en Afrique. Luxe ou nécessité.*  
Rev.Fr.Gynécol.obstét. 1990, 90, 174-177.

- 80. PICAUD A., NLOME-NZE A., OGOWET IGUMU N, FAYE A., LOUNDOU J.**  
*La GEU. Etude de 509 cas traités chirurgicalement au CHU de Libreville.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1989, 18, 714-720.
- 81. LEGOUEFF F., SUPTIL D., DEWAILLY D., QUERLEU D., CREPIN G.**  
*Grossesse extra-utérine et traitement médical par le méthotrexate.*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1998, 93 (4), 248-252.
- 82. HARAKEYE.**  
*Contribution à l'étude des GEU. A propos de 249 cas.*  
Thèse de Doctorat en Médecine, BUJUMBURA, 1989.
- 83. LECURU F., TAURELLE R., BERNARD J.P., VILDE F.**  
*Récidive de grossesse extra-utérine après injection intra-tubaire de méthotrexate. Analyse d'une observation avec étude histologique de la trompe.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1995, 24 (5), 482-484.
- 84. MICHEL DREYFUS, ALAIN TREUSSER.**  
*Hémorragies du premier trimestre de la grossesse. Orientation diagnostic.*  
Rev.Prat. (Paris) 1998, 48, 1831-1833.
- 85. BUSINE A., MURILLO D.**  
*Traitement laparoscopique conservateur de la torsion annexielle durant la grossesse.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1994,23,918-921.
- 86. HIBBARD L.**  
*Adnexal torsion*  
Am.J.Obst.Gynecol 1985, 152, 456-461.
- 87. CRISTALLI B., CAYOLA A., IZAR V., LEVARDON M.**  
*Intérêt du traitement coelio-chirurgical des tumeurs ovariennes en début de grossesse.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1991, 20, 665-668.
- 88. BAUDET J.H., CATTANEO A., PIVER P.**  
*Torsion de kyste ovarien.*  
La Gazette médicale, 1989, 96 (20).
- 89. DIALLO F.B., DIALLO M.S., BANCOURA S., DIALLO A.B., CAMARA Y.**  
*Césarienne : Facteur de réduction de la morbidité et de la mortalité foeto-maternelle au Centre Hospitalier Universitaire. IGNACE DEEN de Conakry (Guinée)*  
Méd.Afr.Noire. 1998, 45 (6).

- 90. MKONE S., SIARRA S.**  
*Ruptures utérines au cours de la grossesse.*  
EMC. 5-080-4-10, 1995.
- 91. CHAMPAULT G.**  
*Ruptures utérines : Expérience africaine de 64 cas.*  
J.Gynéco.Obstét.Biol.Reprod. 1987, 7, 855-860.
- 92. CISSE C.T., FAYE E.O., CISSE M.L., KOUEDOU D., DIADHIOU F.**  
*Perforation utérine après avortement provoqué.*  
Méd.Trop. 1999, 59 (4), 371-374.
- 93. EL GHAOUI A., AYOUBI J., KO-KIVOK-YUY P., LAFFITTE A.,  
LESOURD F., MONROZIEZ X.**  
*Traitement coelioscopique des grossesses extra-utérines. A propos de 110 cas.*  
Rev.Fr.Gynécol.Obstét. 1997, 92,5, 317-324.
- 94. BIGIRIMANA F.**  
*Le Sida au Burundi. Contribution de l'église catholique.*  
Mémoire de 3<sup>e</sup> Cycle. Juin 2000.
- 95. FORVEILLE C., BOULIER D.**  
*Grossesse extra-utérine après fécondation in vitro. A propos de 6 cas.*  
J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod. 1997, 26 (4), 374-378.

**PRISE EN CHARGE DES URGENCES CHIRURGICALE**  
**A LA MATERNITE DU CHU KAMENGE**

NOM : Age : Profession :

Prénom : Adresse :

Gestité/Parité : DDR :

Date/Heure d'arrivée :

MC/MT :

Provenance : - Milieu rural/Urban  
- Admission directe  
- Milieu médical : - C.S  
- Hôpital 1<sup>er</sup> Niveau  
- Distance (Estimation)  
- Raisons du retard : - Domicile  
(durée) - C.S.  
- Hôpital 1<sup>er</sup> Niveau  
- CHUK  
- Moyens de Transport : - A pied ( sans)  
- A vélo  
- En voiture

ATCD : - Obstétricaux :  
- Gynécologiques  
- Médico-chirurgicaux

Grossesse actuelle : Suivie/Non suivie

1. Suivie : Nombre de consultations prénatales :

- C.S
- Hôpital

Bilan Biologique

Bilan Echographique

2. Non suivie : - Absence de Structure Sanitaire

- Ignorance
- Aucune raison

décalage entre le début de la symptomatologie et la consultation .....

en heures.....Semaines..... mois

Raisons du retard ou de la non prise en charge au niveau intermédiaire :

- Domicile (durée)
- C.S.
- Hôpital 1<sup>er</sup> Niveau

- Attitude thérapeutique au niveau intermédiaire.

- Diagnostic retenu :

1. Urgence médicale :
  - Pré Eclampsie
  - Métrorragies
  - RPM
  
2. Urgences chirurgicales :
  - Souffrance foetale aiguë
  - Présentation dystocique
  - Disproportion foeto - pelvienne
  - Perforations utérines
  - Ruptures utérines
  - Hémorragies 3<sup>ème</sup> trimestre
  - Hémorragies pendant l'accouchement
  - Les déchirures
  - Eclampsie
  - G.E.U
  - Torsion annexielle

Conduite tenue en urgences - Heure d'arrivée :  
- Heure du début du traitement

- Césarienne
- Laparotomie
- Suture des déchirures
- Traitement
- Expectative

Pronostic - Maternel  
- Foetal