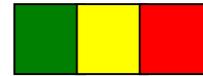


**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI



Un Peuple -Un But -Une Foi

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

Année universitaire 2012-2013

Thèse N°.....

TITRE

**ETUDE DES RUPTURES UTERINES A L'HOPITAL
DE SIKASSO DE JANVIER 2007 A DECEMBRE
2008 A PROPOS DE 66 CAS.**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 10/05/2013
Devant le jury de la faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie de Bamako.**

Par

Mr Dramane Mamadou BAGAYOKO

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président: Professeur Issa DIARRA

Membre: Docteur Mamadou Salia TRAORE

Codirecteur de thèse: Docteur Mala Sylla

Directeur de thèse: Professeur Bouraïma MAÏGA

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail :

Au Tout Puissant **Allah** Soubanah wa taallah, le Clément, le miséricordieux.

Ô ALLAH louange à Toi et toute ma reconnaissance pour la vie, la santé et tous les bienfaits que Tu nous as accordé en permanence.

Puisse **ALLAH** faire de moi un serviteur qui respecte ses recommandations et celles des hommes.

YA ALLAH ce travail me permettra auprès des hommes d'avoir l'accord de soigner mes prochains mais je ne peux rien traiter sans ton accord malgré toutes les éducations que les autres ont pu me donner.

YA ALLAH guide mes pas, encadre tous mes actes et fait de moi un médecin soucieux et conscient de son métier.

J'implore ton pardon et ta miséricorde mon Créateur.

Au prophète Muhammad PSL

Notre prophète bien aimé ! Tu nous as apporté une lumière et une fierté d'être la meilleure des communautés de Dieu. Tu as accompli ta mission, il reste la notre et j'espère qu'**ALLAH** nous facilitera et qu'il nous gardera sur le droit chemin.

Ce modeste travail est une manière de nous rapprocher de toi et d'**ALLAH** car la science est toujours une source de spiritualité.

A ma mère Fatoumata SAMAKE

Rien ne peut contre la volonté de Dieu.

Ces mots n'exprimeront pas assez tout ce que j'éprouve pour toi aujourd'hui. Tu as tant souffert dans la vie, comme le petit oiseau reçoit sa nourriture du bec de sa mère, nous avons tous reçu de toi. Mère, tu as risqué ta vie et couru mille périls pour nous permettre un avenir meilleur. Ta combativité, ton amour permanent et ton souci pour une éducation de qualité font de toi une mère exemplaire. Ton exemple est décrit dans les livres mais rare dans la vie courante. J'ai eu la chance de t'avoir comme mère. Je t'aime maman et je t'aimerai toujours.

Ce modeste travail est le tien qu'**ALLAH** nous prête longue vie afin de goûter le fruit de ton labeur.

A mon Père Mamadou BAGAYOKO

Tu as été pour nous, un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice.

Tu as toujours été soucieux de l'avenir de toute la famille. Ce travail est un modeste témoignage de tous les sacrifices que tu nous as consenti.

Puisse ce travail m'offrir l'occasion de me rendre digne de tes conseils, de ton estime et de ta confiance.

A ma grande mère chérie : feu Djénéba COULIBALY

Rien ne peut contre la volonté de Dieu.

Ces mots n'exprimeront pas assez tout ce que j'éprouve pour toi aujourd'hui. Tu as tant souffert dans la vie. Ton exemple est décrit dans les livres mais rare dans la vie courante. J'ai eu la chance de t'avoir comme grande mère. Je t'aime grande mère et je t'aimerai toujours. Que ton âme repose en paix.

A mes Frères et Sœurs : Yaya ;Assetou ; Bah-Aminata ; M'Pagara ; Fatoumata ; Boubacar :

Pour le réconfort moral et le soutien matériel que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'étude. Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix, j'espère et je souhaite qu'elle restera toujours sacrée entre nous.

J'ai toujours pu compter sur vous quel que soit le moment. La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance.

L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible.

Restons toujours unis et soyons à la hauteur de nos parents.

Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers. Que Dieu renforce nos liens.

A mes Cousins et Cousines

Je ne saurais vous traduire mes sentiments les plus fraternels. En témoignage de l'affection qui nous a toujours uni, je voudrais que vous trouviez dans ce travail, le fruit des efforts que vous avez consenti à mon égard. Ce travail est le vôtre. Courage et bonne chance. Que le Tout Puissant vous prête longue vie, préserve et renforce notre affection fraternelle.

A mes Oncles et Tantes

Je n'ai pas cité de noms par peur d'en oublier. Merci pour votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge. Toujours reconnaissant, je prie pour le repos de l'âme de ceux qui ne sont plus parmi nous.

A mes amis et compagnons de tous les jours: Dr BAH Ousmane; Ramata BENGALY ;Awa S BALLO ; Diala KANE ; Dr Seiibou ; Dr Yaré ; Dr DIALLO Adama ; Dr SANOGO Adama ; Dr SYLLA Ousmane ; Dr TRAORE Demba les mots me manquent pour évaluer à la juste mesure tout ce que vous m'avez apporté. Je reste

confiant à votre amitié et j'espère que Dieu accompagnera nos pas pour le meilleur et le pire.

REMERCIEMENTS

A l'Afrique toute entière

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

A mon pays natal, le Mali

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation. Tu m'as donné un savoir incommensurable.

Profonde gratitude à toi mon cher Mali.

A la FMPOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis.

Au corps professoral de la FMPOS

Merci pour la qualité de vos cours et votre souci de former des jeunes africains compétitifs sur le plan médical.

A tous nos aînés du service: C'est un grand plaisir et un grand honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés. Merci pour la formation de qualité que nous avons bénéficiée. Les bonnes manières de l'apprentissage de la Gynéco/Obstétrique sont à acquérir à vos côtés ; merci encore de nous en avoir initiées.

A tous les DES du service de Gynéco/Obstétrique :

Merci pour vos bons conseils et votre bonne collaboration.

A tous les internes du Service

Pour tout votre soutien et votre collaboration à l'élaboration de ce travail.

Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur ISSA DIARRA

- **Gynécologue obstétricien à la maternité de Garnison de Kati;**
- **Maître de conférences à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie ;**

- **Médecin colonel Major de l'armée malienne ;**

- **Haut fonctionnaire de défense et ancien directeur central des services de santé de l'armée du Mali ;**

- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali ;
Honorable maître**

- C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury ;
 - Vous nous avez mis à l'aise dès le premier contact
- Votre disponibilité, votre enthousiasme, votre amour pour le travail bien fait font de vous un grand maître apprécié de tous.
 - Merci pour contribution à l'amélioration de ce travail.
- Soyez assuré cher maître de notre sincère gratitude.

Qu'ALLAH vous protège durant toute votre vie (Amen).

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Docteur Mamadou Salia TRAORE,

- **Gynécologue Obstétricien.**
- **Praticien hospitalier du CHU du Pt-G.**

Cher maître,

Ce travail est le vôtre. Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous nous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Votre courtoisie, votre disponibilité, et votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Qu'ALLAH vous protège durant toute votre vie (Amen).

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr MALA SYLLA

➤ **Ph. D en Gynécologie obstétrique.**

Chef de service de Gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso.

Cher maitre

Nous avons été impressionnés par votre humanisme, votre rigueur scientifique, votre loyauté et votre souci de bien former.

Ce travail est le résultat d'un encadrement permanent et d'un encouragement sans faille dont nous avons bénéficié de votre part.

Recevez ici cher maître l'expression de nos plus grandes distinctions.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,
PROFESSEUR Bouraïma MAÏGA,**

- **Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie,**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G.**
- **Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille,**
- **Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997,**
- **Responsable de la filière sage femme de l'institut nationale de formation en science de la santé (INFSS),**
- **Détenteur d'un prix Tara Boiré dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en 2006**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali.**

Honorable maître,

Honorable Maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles humaines et sociales font de vous un maître accompli. Nous sommes très fiers d'être compté parmi vos disciples.

Respectez et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité (Amen).

ABREVIATIONS

BGR : bassin généralement rétréci
Cscom : centre de santé communautaire
CSRéf : centre de santé de référence
CU : contraction utérine
GR : groupage rhésus
Gr : gramme
HU : hauteur utérine
HS : hôpital de Sikasso
HTA : hypertension artérielle
IIG : intervalle intergénéral
I.E.C : information éducation communication
J : jour
Km : kilomètre
Km² : kilomètre carré
L : litre
mmHg : millimètre de mercure
ml : millilitre
mn : minute
NFS : numération formule sanguine
ONG : organisations non gouvernementales
UI : unité internationale
°C : degré celcius
% : pourcentage
< : Inférieur
> : Supérieur
≤ : Inférieur ou égal
≥ : Supérieur ou égal

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION.....	4
II - OBJECTIFS.....	6
III - GENERALITES.....	7
A-Définition	
B-Rappel anatomique de l'utérus gravide	
C-Etiopatogenie des ruptures utérines	
D-Conduite à tenir pour la prise en charge des ruptures utérines	
IV- METHODOLOGIE.....	51
V- RESULTATS.....	57
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSIONS.....	71
VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	81
VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	84
IX- ANNEXES	90

I INTRODUCTION

Dans de nombreux pays en voie de développement, en Afrique en particulier, un très grand nombre de femmes accouchent dans des conditions extrêmement précaires, à des dizaines ou des centaines de kilomètres de toute structure médicalisée et avec pour toute assistance celle des accoucheuses traditionnelles. Celles qui arrivent dans les Cscm ne bénéficient en général que de l'assistance d'une matrone, qui ignore en général tout de l'anatomie pelvienne, de l'obstétrique et des dystocies. **[01]**.

A ceci s'ajoute l'absence de moyen de transport vers les centres susceptibles d'assurer un secours obstétrical. Les motos et les bicyclettes à travers la brousse constitue en règle les seuls ou les premiers relais d'un voyage qui peut durer plusieurs heures. **[01]**.

Arrivée à destination la parturiente ne trouve pas toujours l'équipe obstétricale capable d'assurer sa délivrance avec efficacité et sécurité.

Le travail laborieux va se prolonger pendant des jours avec pour conséquence la rupture utérine.

La rupture utérine demeure une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelles dans les pays du tiers monde, particulièrement au Mali. Elle occupe avec l'hémorragie qu'elle entraîne, 30% des principales causes de décès dans les pays en voie de développement **[02]**.

Une étude quantitative des causes de mortalité maternelle à Bamako montre que la rupture utérine occupe la deuxième place avec une fréquence relative de 20% des décès. **[03]**. A l'hôpital Gabriel Touré, elle occupe la quatrième place avec une fréquence de 8,62% des cas **[04]**

La rupture utérine constitue l'un des principaux motifs d'urgences gynéco -

Obstétricales [04] dans les hôpitaux du point `G` et de Gabriel Touré

Aujourd'hui, la rupture utérine est exceptionnelle dans les pays développés : en France une rupture utérine pour 1299 accouchements [05], aux USA une rupture utérine pour 16849 accouchements [06], à Singapour (pays en voie de développement) une rupture utérine pour 6331 accouchements [07], preuve que cette pathologie n'est pas une fatalité dans nos pays.

Le traitement curatif de la rupture utérine impose parfois une technique chirurgicale mutilante pour la patiente arrêtant ainsi définitivement sa procréation dans un monde où la stabilité de la famille tient le plus souvent aux enfants.

Quant à la prévention, elle nécessite des politiques bien réfléchies, prenant en compte une meilleure répartition des structures de santé, leurs dotations suffisantes en personnel qualifié et une meilleure organisation de la référence évacuation à un coût abordable pour les bénéficiaires.

Malgré les orientations politiques du Mali en matière de santé de la reproduction ces cinq dernières années notamment : l'organisation de la référence évacuation, la gratuité de la césarienne, ce drame demeure une réalité dans notre pays.

OBJECTIF GENERAL

Étudier les ruptures utérines dans le service de Gynéco Obstétrique à l'hôpital de Sikasso de janvier 2007 à décembre 2008

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1- Déterminer la fréquence des ruptures utérines dans le service de Gynéco-Obstétrique
- 2- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes
- 3- Rechercher les étiologies de ces ruptures utérines
- 4- Déterminer la prise en charge de la rupture utérine dans le service de Gynéco-Obstétrique
- 5- Établir le pronostic maternel et fœtal.
- 6- Apprécier le système de référence

II – GENERALITES

A- DEFINITION :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale de la paroi utérine survenant soit au niveau du corps soit au niveau du segment inférieur ou des deux à la fois pendant la grossesse ou au cours du travail.

B- ANATOMIE D'UN UTERUS GRAVIDE

L'utérus au cours de la grossesse, subit des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

Au point de vue anatomique, on lui décrit trois parties : le corps, le col entre lesquels se développe, dans les derniers mois, une portion propre à la gravidité, le segment inférieur.

a- Anatomie descriptive et rapports

1-Le corps de l'utérus

1.1-Anatomie macroscopique

1.1.1-Volume et forme : l'utérus augmente progressivement de volume, d'autant plus vite que la grossesse est plus avancée

1.1.2- Dimensions :

	Largueur	Hauteur
-Utérus non gravide	6-8 cm	4-5 cm
-à la fin 3 ^{eme} mois	13 cm	10 cm
-à la fin du 6 ^{eme} mois	24 cm	16 cm
-à terme	32 cm	22 cm

1.1.3-La forme de l'utérus : varie avec l'âge de la grossesse globuleux pendant les trois premiers mois, il devient ovoïde à grand axe vertical et à grosse extrémité supérieure pendant les derniers mois.

1.1.4-Capacité : non gravide, la capacité de l'utérus est de 2-3ml. A terme elle est de 4-5l.

1.1.5-Poids : l'utérus non gravide pèse environ 50gr. A terme son poids varie de 900 à 1200gr.

1.1.6-Epaisseur des parois : elle varie :

Au début de la grossesse elle s'hypertrophie, puis s'amincit progressivement en proportion de la distension de l'organe.

A terme, l'épaisseur des parois est :

8-10cm au niveau du fond,

5-7cm au niveau du corps.

Après accouchement, elles se rétractent et deviennent plus épaisses qu'au cours de la grossesse.

1.1.7-Consistance :

Non gravide, l'utérus est ferme ; il devient mou pendant les premières semaines de la grossesse.

Situation :

L'utérus est en situation pelvienne en dehors et pendant les premières semaines de la grossesse.

Son fond déborde légèrement le bord supérieur du pubis dès la fin du deuxième mois.

Secondairement son développement se fait dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

1.1.8- Direction :

En début de grossesse l'utérus garde son antéversion qui, d'ailleurs peut être accentuée.

Ensuite, il s'élève dans l'abdomen derrière la paroi abdominale antérieure.

A terme, sa direction dépend de la paroi abdominale antérieure. L'utérus subit un mouvement de rotation autour de son axe vertical, de gauche à droite, orientant ainsi sa face antérieure en avant et à droite.

1.1.9-Rapports :

Au début de la grossesse : les rapports de l'utérus sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse. Ils sont encore pelviens.

A terme : l'utérus est abdominal.

.En avant : sa face antérieure répond à la paroi abdominale. Il n'y a pas d'interposition d'épiploon ou d'anses grêles chez les parturientes en dehors d'opération ayant porté sur la cavité abdominale. Elle rentre en rapport dans ses parties inférieures avec la vessie lorsque celle-ci est pleine.

.En arrière : l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale ; la veine cave inférieure et l'aorte.

Sur les flancs, les muscles psoas croisés par les uretères, une partie des anses grêles.

En haut : le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut rentrer en rapport avec les fosses cotes.

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

Le bord droit est tourné vers l'arrière, il rentre en contact avec le cæcum et le colon ascendant,

Le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et en arrière au colon ascendant.

1.1.10- Structure

Les trois tuniques de l'utérus se modifient au cours de la grossesse :

.La séreuse : s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle.

Elle adhère intimement à la musculuse' du corps, alors qu'elle se clive facilement du segment inférieur.

La ligne de démarcation entre ses deux régions est appelée ligne de solide attache du péritoine.

.La musculuse : est constitué de trois couches de fibres lisses qui ne peuvent être mises en évidence que sur l'utérus distendu.

Il existe deux assises de faisceaux circulaires superposés. Ces assises, externe et interne, forment la partie contractile de l'organe.

La couche plexi forme, en renfermant de nombreux faisceaux, se situe entre les faisceaux circulaires.

.La muqueuse : dès l'implantation elle se transforme en caduque.

2 – Le segment inférieur :

C'est la partie basse, amincie de l'utérus gravide, située entre le corps et le col. Il acquiert son plein développement dans les trois derniers mois. Il est créé par la grossesse et disparaît avec elle : c'est donc « une entité anatomique et physiologique qu'acquiert l'utérus gravide au cours de la gestation ».

2.1- La forme : elle est celle d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col se situe sur la convexité, mais assez en arrière, de sorte que sa paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure.

2.2-Situation : le segment inférieur occupe au dessus du col, le tiers inférieur de l'utérus.

Caractères : sa minceur est le caractère essentiel. De 2-4cm d'épaisseur, le segment inférieur coiffe intimement la présentation. C'est le cas de la présentation du sommet.

2.3-Limites : la limite inférieure correspond à l'orifice interne du col. La limite supérieure se reconnaît par le changement d'épaisseur de la paroi qui augmente en devenant corporeale.

2.4-Origine Formation : le segment inférieur se développe au dépens de l'isthme utérin qui est une zone ramolli. Ce développement commence dès le début de la grossesse comme le prouve le signe de Hegar.

Cependant, il n'acquiert son ampleur qu'après le sixième mois, plutôt et plus complètement chez la primipare que chez la multipare. Pendant le travail, le col effacé et dilaté se confond avec le segment inférieur pour constituer le canal cervico segmentaire.

2.5-Structure : le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques. Il s'identifie véritablement par sa texture amincie.

Aussi une césarienne segmento corporeale montre-t-elle l'évidence des variations d'épaisseurs.

Histologiquement, le segment inférieur n'a pas de couche plexiforme du myomètre.

Or, cette couche est la plus résistante.

En somme, la forme, la structure et le peu de vascularisation font du segment inférieur une zone de prédilection pour l'incision au cours de la césarienne segmentaire. En plus, c'est le siège préférentiel des ruptures utérines.

2.6-Physiopathologie : l'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue clinique, physiologique et pathologique.

L'étude montrera la valeur pronostique capitale qui s'attache à sa bonne formation, à sa minceur, au contact intime qu'il prend avec la présentation.

Physiologiquement, c'est un organe passif se laissant distendre. Situé comme un amortisseur entre le corps et le col, il conditionne les effets contractiles du corps sur le col.

Il s'adapte à la présentation qu'il épouse exactement dans l'eutocie en s'amaicissant de plus en plus. Il reste au contraire flasque, épais, distend dans la dystocie.

Dans les bonnes conditions, il laisse aisément le passage au fœtus.

Au point de vue pathologique, il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique :

.c'est sur lui que s'insère le placenta praevia ;

.c'est lui qui est intéressé dans presque toutes les ruptures utérines.

2.7-Rapports du segment inférieur

.en bas : la limite inférieure correspond à l'orifice interne du col ;

.en haut : extérieurement le segment inférieur est limité par la zone de transition entre le péritoine adhérent et le péritoine clivable ;

.face antérieure : elle est recouverte par le péritoine viscéral, solide, peu adhérent et facilement décollable. Ceci permet de bien protéger la cicatrice utérine après une césarienne segmentaire.

La face antérieure répond à la vessie dont elle est séparée par le cul- de- sac vésico utérin.

Séparée du segment inférieur par du tissu conjonctif lâche, la vessie peut être facilement décollée être foulée vers le bas. Il y a une ascension de la vessie en fin de gestation lorsque la présentation est engagée. Ainsi, elle a tendance à devenir sus-pubienne. Elle peut masquer le segment inférieur suivant son degré de réplétion.

Cette ascension est aussi favorisée par les adhérences entre la vessie et la suture de césarienne.

Ce rapport particulier de la vessie et du segment inférieur explique en grande partie les atteintes viscérales au cours de la rupture utérine.

Face postérieure : par l'intermédiaire du cul de sac de Douglas, devenu plus profond, le segment inférieur répond au rectum et au promontoire.

Faces latérales : elles sont en rapport avec les bases du ligament large, dont les feuillets, antérieur et postérieur s'écartent fortement.

Dans ce paramètre se trouve les repères chirurgicaux importants : l'artère utérine et l'uretère pelvien.

La d'extro-rotation utérine rend plus intime au segment inférieur les rapports latéraux droits, exposant ainsi en avant le pédicule utérin gauche distendu.

Cette situation explique la fréquence des lésions du pédicule utérin gauche au cours de la rupture utérine.

3-Le col de l'utérus :

Le col est peu modifié pendant la grossesse contrairement au corps.

3.1-Forme et volume : ne change pratiquement pas.

3.2-Situation et direction : elle ne change qu'à la fin de la grossesse lorsque la présentation s'accommode ou s'engage.

3.3-Consistance : devient plus molle. Près du terme, le col est formé d'une masse centrale de tissus non rétractiles.

3.4-Etat des orifices : ne varie pas. Il reste fermés jusqu'au début du travail chez la primipare.

Chez la multipare, l'orifice externe est souvent entrouvert.

L'orifice interne peut être lui aussi perméable au doigt dans le dernier mois.

Il peut être franchement dilaté mais le col conserve sa longueur et ne s'efface pas avant le travail. Ils ne sont que la suite naturelle de l'ampliation et de la formation du segment inférieur.

b- Vascularisation de l'utérus gravide :

1. Les artères

Les branches de l'artère utérine, augmentent de longueur. Elles s'anastomosent entre elles, mais non avec celles du coté opposé.

Il existe une zone médiane longitudinale peu vascularisée qui est empruntée par l'incision de l'hystérotomie dans les césariennes corporeale.

Dans l'épaisseur du corps, elles parcourent les anneaux musculaires de la couche plexi forme, deviennent rectilignes, s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire.

Le col est irrigué par les artères cervico vaginales qui se bifurquent pour donner deux branches :

- .une branche antérieure,
- .une branche postérieure avant de pénétrer dans son épaisseur.

Cette disposition permet la dilatation du col.

2. Les veines

Elles sont considérablement développées et forment les gros troncs veineux latéro-utérins. Ceux-ci collectent les branches corporeale réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche plexi forme.

Après la délivrance, les branches corporeale sont soumises à la rétractilité des anneaux musculaires.

3. Les lymphatiques :

Nombreux et hypertrophiés, ils forment trois réseaux communiquant largement entre eux. Ce sont les réseaux :

- .muqueux,
- .musculaire,
- .et sous séreuse.

c- Innervation

Deux systèmes sont en jeu.

1. Le système intrinsèque :

C'est un appareil nerveux autonome.

Il s'occupe surtout du col et du segment inférieur et donne ainsi à l'utérus une autonomie fonctionnelle relative.

2. Le système extrinsèque

Il est formé par les plexus hypogastriques inférieurs qui sont plaqués sur la face latérale des viscères pelviens, utérus et vagin mais aussi rectum et vessie.

Ces plexus proviennent :

- .des racines lombaires : sympathique ou nerfs splanchniques
- .et des racines sacrées de nature parasympathique.

C- PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS GRAVIDIQUE

L'utérus se contracte d'un bout à l'autre de la grossesse.

Au début les contractions utérines sont espacées, peu intenses et indolores.

Elles sont cliniques.

En fin de grossesse ou au cours du travail elles se rapprochent, deviennent plus violentes et douloureuses.

Les contractions utérines résultent d'un raccourcissement des chaînes de protéines contractiles ou actomyosines, grâce à l'énergie libérée par l'adenosine-triphosphate en présence d'ions.

Les contractions utérines peuvent naître de n'importe quel point du muscle utérin.

L'activité utérine a un double but :

- .la dilation du col,
- .l'accommodation foeto-pelvienne.

1- La dilatation du col :

C'est le temps le plus long de l'accouchement, il comprend plusieurs étapes :

.Phase préliminaire ou phase de formation du segment inférieur :

Elle a lieu dans les dernières semaines de la gestation sous l'effet des pressions exercées par les contractions utérines et du tonus permanent de l'utérus.

Cette phase se fait aux dépens de l'isthme du muscle, élastique, aminci qui s'individualise nettement du reste de l'utérus. Le segment inférieur formé se moule alors sur la présentation immobile : c'est l'adaptation foeto-segmentaire.

.Phase concomitante :

Se caractérise par :

- .le décollement du pôle inférieur de l'œuf,
- .la formation de la poche des eaux.

.Phase de réalisation

C'est celle de la dilatation proprement dite.

L'effacement et la dilatation du col nécessitent un certain nombre de conditions qui sont :

- .la présence de bonnes contractions utérines ;
- .un segment inférieur bien formé qui transmet les forces à un col « préparé » ;
- .une présentation adéquate qui plonge dans un bassin normal ;
- .enfin une bonne accommodation foeto-pelvienne.

2- L'accommodation :

Qui comprend :

- l'engagement** : c'est le franchissement par la présentation de l'aire du détroit supérieur ;
- la rotation et la descente intra- pelvienne ;**
- le dégagement** : les contractions des muscles abdominaux et le réflexe de poussée sont indispensables pour que l'expulsion de l'œuf ait lieu. Ils sont associés aux contractions utérines. Les contractions utérines sont essentielles et indispensables pour la bonne marche des phénomènes préparatoires de l'accouchement et à l'accouchement lui-même. Elles constituent la force motrice de l'utérus gravide et assurent l'hémostase après délivrance.

3- Mécanisme des ruptures

3 – 1 – Analyse des contractions utérines :

La contraction utérine est la force motrice qui permet au cours du travail d'accouchement, la dilatation du col utérin et la progression du mobile fœtal dans la filière pelvi-génitale. On distingue plusieurs anomalies :

.hypercinésie de fréquence :

En cas d'obstacle praevia, les contractions utérines entraînent rapidement une rétraction utérine avec comme conséquence la rupture utérine.

Il faut craindre une inertie utérine après cette « tempête » de contraction.

.Hypertonie utérine :

L'utérus est continuellement tendu, dur.

La palpation est douloureuse même dans l'intervalle des contractions utérines.

C'est un défaut de relâchement du myomètre entre les contractions.

Leur danger est la perturbation des échanges foeto-maternels entraînant une souffrance foetale par hypoxie.

Rétraction utérine :

C'est une contracture permanente. Elle s'observe dans certaines conditions :

.travail prolongé avec rupture précoce de la poche des eaux ;

.lutte de l'utérus contre un obstacle praevia ;

.enfin en cas de présentation vicieuse abandonnée a elle-même.

C'est la rétraction de tout le muscle utérin.

Le grand danger est la rupture utérine.

.Inertie utérine :

Elle manifeste par des contractions très espacées. Les douleurs d'abord fortes et rapprochées, s'espacent et deviennent faibles. Elles peuvent cesser complètement.

Dilaté, le col revient sur lui-même. Alors le travail peut durer pendant plusieurs jours.

L'agent déterminant de la rupture utérine n'est autre que la contraction utérine elle-même, devenue anormale par son énergie et sa durée.

Si un obstacle existe ou si la musculature utérine est de mauvaise qualité, le mécanisme normal de l'accouchement se trouve alors perturbé. L'utérus lutte.

Si cette cause persiste, le muscle utérin se contracte, se tétanise ; à ce moment il est prêt à la rupture .Il finit par se rompre si l'obstacle n'est pas levé.

Cette rupture siègera volontiers au niveau de la partie la plus fragile : le segment inférieur.

3 – 2-Théories :

A ce jour, deux théories sont admises par la plupart des auteurs .Ce sont :

.La théorie de BANDL

Cette théorie explique surtout les ruptures utérines par dystocies osseuses.

Pour BANDL, la rupture utérine est le résultat d'une distension exagérée du segment inférieur sous l'effet des contractions utérines. C'est la fin du combat ayant opposé le corps et le col.

L'utérus chasse le fœtus qui, sans progresser, se loge en le distendant, dans le segment inférieur.

Le corps utérin se ramasse sur lui-même, augmente sa puissance et se moule sur le fœtus dont il épouse la forme. Le segment inférieur s'amincit d'avantage et fini par se rompre.

L'anneau de BANDL s'explique par la rétraction exacerbée de l'utérus avec un étirement du segment inférieur. L'utérus prend alors une forme caractéristique : celle du sablier. Cette situation aboutit à une mort fœtal in utero, puis à la rupture utérine proprement dite.

.La théorie de l'usure perforante :

Ici, la rupture s'expliquerait par une compression prolongée et de plus en plus accrue de la paroi utérine sur un relief du détroit supérieur. Le muscle utérin est toujours pris dans un étau dont l'un des bords est constitué par le pôle fœtal et l'autre par la paroi pelvienne.

Au fur et à mesure que le travail progresse l'étau se ressert puis, lorsque la pression devient trop forte, apparaît la rupture.

Cette théorie, déjà évoquée par Mme LACHAPELLE, a ensuite essentiellement été défendue par BRENS et par IVANOFF et SIMPSON.

Mme LACHAPELLE avait émis une idée que le segment inférieur, tirillé était comme éliminé puis comprimé par le bassin et la présentation. Il subissait alors une sorte d'usure perforante si bien que fissuré, il finissait par le rompre.

DONNIER attribue, dans cette théorie de l'usure perforante, une place importante à l'ischémie. Celle-ci est consécutive à la compression elle-même.

Ce mécanisme intervient incontestablement dans certaines ruptures telles que les ruptures tardives par chute d'escarres avec lésions viscérales associées et les ruptures survenant dans les bassins crêtes ou à épines (KILLAN).

La théorie de BANDL et celle de BRENS ne s'opposent pas.

Suivant la nature étiologique, ces deux mécanismes aboutissent à la rupture utérine, soit chacun pour son propre compte, soit en additionnant leur effet.

En résumé, une dystocie osseuse ou des parties molles, une macrosomie ou la présentation dystocique du fœtus, responsable du gêne à la descente du mobile dans la filière maternelle, déclenche, une lutte de l'utérus contre l'obstacle et son évacuation.

La persistance de la cause première, la prolongation de la lutte, la moindre résistance d'un utérus cicatriciel, le traumatisme intempestif manuel ou autre sera à l'origine de la rupture utérine.

La distension et la compression s'intriquent mais l'ischémie des tissus à un rôle très déterminant.

3 -3-Cas particuliers

.Des ruptures corporéales :

Le mécanisme relève d'une faiblesse musculaire, conséquence d'une cicatrice opératoire (myomectomie avec ou sans ouverture de la cavité, césarienne et/ ou accidentelle).

C'est la distension de ce point faible, zone amincie et élastique dont l'expansion est souvent limitée (en plus des adhérences péritonéales), qui aboutit à l'apparition de la solution de continuité. La désunion peut se faire vers le début du travail quand les contractions sont de plus en plus rapprochées.

.Des ruptures utérines compliquées : (associées à la déchirure du col)

Le passage brutal et rapide du mobile fœtal à travers un orifice peu dilaté explique cette association. Suivant la violence du traumatisme, on peut observer des ruptures cervico-segmentaires simples,

-des ruptures cervico segmento corporéales.

D – ANATOMIE PATHOLOGIE DES RUPTURES UTERINES :

L'étude anatomopathologique permet de dégager les caractères essentiels des ruptures utérines la description des lésions est capitale et doit figurer dans le protocole opératoire La conduite à tenir est dictée par la nature des lésions

1- Siége : deux grand groupes

°Les ruptures utérines segmentaires ;

°les ruptures utérines corporéales

1- 1- Ruptures utérines segmentaires :

Elles sont de loin les plus fréquentes

Complète ou non, traumatique ou spontanées, iatrogènes ou non, elles peuvent siéger en tout point du segment inférieur

Il peut s'agir d'une rupture utérine segmentaire antérieure ou postérieure

Les deux faces peuvent être atteintes

La nature anatomopathologique des ruptures utérines sur cicatrice a fait l'objet de travaux Ceux-ci s'attachaient à l'étude du processus de cicatrisation lui même

Ainsi, COUVELAIRE et TRILLAT attiraient déjà l'attention sur la nature conjonctive de la cicatrice qui ne serait « muscularisée » que secondairement de façon inconstante et toujours très partielle

L'examen microscopique de nombreux utérus cicatriciels met en évidence l'existence quasi constante d'un processus inflammatoire en bordure immédiate de l'ancienne cicatrice et plus à distance la paroi est atrophiée Il existe des lésions de dégénérescence avec hyalinose, collagénose et fibrose peri_vasculaire, la lumière des vaisseaux est le plus souvent rétrécie

Cependant, AUDEBERT et TOURNEUX cités par [08], avaient observé dans deux cas une régénération musculaire complète avec « restitution ad integrum » met l'accent sur le soin qu'il faut attacher à éviter de saisir la muqueuse lors des sutures musculaires.

L'examen histologique de 12 cicatrices fait retrouver dans tous les cas la présence d'éléments endométriaux au sein du tissu musculaire Ces éléments constituent une cause d'îlot d'endométries qui compromettent la solidité la cicatrice [08]

Ces considérations rendent indispensable l'attention particulière que méritent les grossesses sur l'utérus cicatriciel

1-2- Ruptures utérines corporéales:

Sont les plus rares le plus souvent complète, les ruptures utérines intéressent les trois tuniques : péritonéale, musculaire, séreuse

Elles sont très souvent le fait d'une cicatrice antérieure : l'hystérotomie, curetage trop appuyés après avortement, myomectomie

Elles peuvent être fundiques ou antérieures

1-3- Ruptures segmento corporéales ou cervico-corporéales :

C'est la prolongation de la déchirure du segment inférieur sur le corps ou sur le col ou l'inverse

2- La direction :

Elle peut être :

-Longitudinale sur le fond et les bords : c'est le cas fréquemment rencontré dans les ruptures corporéales ;

-Oblique ;

-Transversale : cas fréquent des ruptures utérines segmentaires ;

-En « T » ou en « L »

la direction de la rupture utérine menace le plus souvent les pédicules vasculaires dont l'atteinte entraîne une hémorragie plus ou moins abondante

3- L'étendue :

Elle est variable : elle peut être réduite, de quelques centimètres ou au contraire très importante Dans ce cas, elle peut s'étendre d'un bout à l'autre de l'organe réalisant parfois une véritable hystérotomie

Les troubles vasculaires sont très importants à type de :

-nécrose,

-Infarctus,

-ischémie

Les lésions infectieuses ne sont pas rares

4- la profondeur : on distingue :

-ruptures utérines complètes : 60 à 70% des cas ; toutes les tuniques sont intéressées

Elles peuvent être linéaire ou stellaire quand l'organe est éclaté

La lumière utérine est en contact avec la cavité abdominale Aussi trouve t'on un hémopéritoine, mélangé parfois à du liquide amniotique ou baigne le fœtus

Le placenta est souvent retrouvé, décollé, dans la cavité abdominale. Les ruptures complètes peuvent siéger aussi bien au niveau du corps que du segment inférieur.

4-1- Ruptures utérines incomplètes :

Les trois tuniques ne sont pas toutes atteintes.

Ainsi, on distingue les ruptures utérines sous péritonéales épargnant la séreuse, des ruptures extra muqueuses qui respectent l'endomètre ; celles-ci sont rares. Elles s'expliquent par le fait, sans pathologie préalable, les ruptures sur utérus apparemment normal se propagent toujours de la séreuse vers la muqueuse. Des ruptures de ce type ont été observées sur des utérus infarcis au cours d'intervention pour décollement prématuré du placenta normalement inséré [58]

Les ruptures sous péritonéales sont par contre assez fréquentes. Elles se situent le plus souvent au niveau du segment inférieur. Deux faits anatomiques les caractérisent :

.Le décollement plus ou moins étendu du péritoine

.L'hématome péri utérin et sous péritonéal.

C'est l'existence de cet hématome qui fait toute la gravité des ruptures utérines complètes, de pronostic, alors, beaucoup plus sévère qu'une déchirure complète limitée.

En effet, il infiltre le ligament large, pénètre les paramètres et dissèque par son extension tous les éléments pré-latéraux et rétro-utérins. C'est ainsi qu'il peut atteindre les éléments du plexus de LEE FRANCKENHAUSER, entraînant de ce fait des morts subites.

4-2- Ruptures utérines compliquées :

On parle de rupture utérine compliquée, quand, en plus de la lésion utérine s'ajoute une lésion d'organes voisins. Elles sont dues à la prolongation de la déchirure utérine. Les Complications sont variables.

Plusieurs organes peuvent être atteints

On peut aussi observer :

- .des lésions intestinales : elles sont dues le plus souvent à une compression ou l'existence d'adhérences entéro-utérines.

- .des lésions Vaginales : le dôme vaginal est ici le plus souvent déchiré.

- .des lésions vésicales ou urétérales /c'est le cas le plus fréquent. Elles sont d'autant plus probables et plus graves que le travail dur très longtemps. Elles sont dues à compression de la vessie et de l'uretère par la présentation.

Les adhérences, après césarienne antérieure, modifient les rapports de l'utérus et de la vessie qui est alors plus exposée.

Les lésions vésicales entraînent le plus souvent des fistules. Les fistules vésico-vaginales sont les plus fréquemment rencontrées.

Au point de vue, c'est une bonne règle de toujours vérifier l'intégrité vésicale après toute intervention obstétricale laborieuse : on introduit une sonde rigide dans la vessie, et on explore au par le vagin, sonde en place.

Au besoin, on inspecte à la vue sous valves et, si l'on reconnaît une brèche vésicale, on en précise le siège et les caractères.

Mais les brèches passent très souvent inaperçues de façon immédiate.

Pendant les suites de couches, un écoulement continue d'urine se produit par le vagin .On reconnaîtra la fistule par l'inspection sous valve en s'aidant parfois d'une instillation intra vésicale d'un liquide colorées (bleu de méthylène dilué par exemple).

La cystoscopie permet de situer exactement le siège de la fistule par rapport aux orifices urétraux et au col vésical.

Au cours des ruptures utérines, le sondage et la recherche d'une extension vésicale sont nécessaires. On saura toutefois que la présence d'urine sanglante peut ne traduire qu'une simple contusion.

Dans la rupture vésicale qui est parfois un éclatement, la sonde ramène du sang pur.

En dehors des ruptures utérines extensives, très graves par elles mêmes et qui doivent être opérées immédiatement, les traumatismes urinaires ne comportent qu'un pronostic fonctionnel. Mais la guérison spontanée des fistules est rare.

En l'absence de traitement, des lésions irritatives de la face interne des cuisses se produisent, le psychisme s'en ressent, et plus tardivement l'infection ascendante serait possible [09]

Ces malades sont très souvent rejetées par la société.

Les fistules recto vaginales sont exceptionnelles.

Les uretères sont atteints dans leur trajet pelvien.

Les vaisseaux peuvent être atteints entraînant un hémopéritoine très important .Il se pose alors le problème de la réanimation.

Toute rupture compliquée est extrêmement grave.

L'importance et la complexité des lésions rendent le pronostic vital très mauvais.

5- L'aspect des bords lésionnels :

Ils sont variables. Les bords sont souvent effilochés, contuse.

L'artère utérine est parfois intéressée ; sa plaie est elle-même contuse, irrégulière, thrombose, de que parfois, l'artère sectionnée ne saigne pas, ou saigne peu. D'autres fois du sang s'épanche en abondance, sous forme de caillots.

Les lésions peuvent avoir es bords :

-frais : c'est le cas des désunions le plus souvent ou des ruptures assez récentes.

-nécrosées ou délabrés et friables.

E- RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE

La rupture utérine a un double retentissement ; elle met en jeu deux vies : celle du fœtus et celle de la mère.

1- Retentissement foetal

Le plus grand drame de la rupture utérine est son caractère hautement foeticide. On distingue deux formes.

.En pré partum :

La rupture utérine entrave très sérieusement les échanges materno-foetaux.

Le placenta décollé ou non, une brèche utérine compromet la circulation foeto-placentaire.

Expulsé dans la cavité abdominale le fœtus est le plus mort.

Le fœtus a succombé pendant la période de rétraction utérine ou meurt après la rupture.

Le fœtus peut rester vivant dans les ruptures tardives et discrètes, relevées seulement pendant la période de délivrance, et surtout dans les désunions de cicatrice [10].

Il est alors dans la cavité utérine avec le plus souvent une poche des eaux intactes.

L'intervention a pu dans ce cas, être faite sans délai.

.En post-partum :

La rupture utérine est la conséquence de l'expulsion du fœtus.

Plusieurs variantes sont possibles :

-le fœtus est vivant. Il n'a pas souffert

-le fœtus est déjà mort in utero. Cette variante est la conséquence d'une rétention par un travail prolongé, le fœtus peut enfin souffrir d'un travail trop long ou de l'application de manœuvres extractives mal effectuée.

2- Retentissement maternel : deux éléments le détermine.

.Le choc : il est du, entenu et aggravée par l'hémorragie.

L'hémopéritoine a trois origines :

Les berges utérines lésées ;

La désinsertion du placenta ;

Enfin la rupture des gros pédicules vasculaires utérins qui cheminent latéralement le long de l'utérus.

Mais l'intervention ne découvre parfois qu'un épanchement sanguin péritonéal dont la discrétion n'explique pas l'importance du choc observé.

Les hématomes sous péritonéaux s'accompagne souvent de choc, indépendamment de la quantité de sang épanché : les ruptures sous péritonéaux sont donc aussi choquantes que les ruptures intra-péritonéales.

Parfois, la rupture ne donne lieu qu'à un choc tardif. D'autres fois, au contraire, le choc domine la symptomatologie de la rupture, dont les signes fonctionnels et

physiques restent masqués. C'est donc une règle de bonne clinique que, pendant ou après accouchement, la survenue d'un état de choc dont l'origine n'apparaît pas clairement doit conduire à la vérification soigneuse du segment inférieur [05]. D'autres facteurs peuvent intervenir pour aggraver l'état général déjà précaire de la parturiente. Ce sont :

- la fatigue par le travail pénible et trop long,
- un mauvais état général avec dénutrition et anémie,
- les conditions d'évacuation (pistes, et moyens d'évacuation déplorables).

Ont été comme facteurs d'aggravation du choc, l'embolie amniotique dans les veines utérines rompues et la coagulation intra vasculaire disséminée par passage dans le sang de thromboplastine au niveau de la caduque et du placenta.

Le choc rend difficile le traitement pas manque de réanimation adéquate et « assombrit » le pronostic maternel per et postopératoire.

L'infection : elle est citée par plusieurs auteurs.

Deux faits importants sont à retenir :

.Quand la rupture de la poche des eaux remonte à 6heures, il faut craindre l'infection. Si la malade ne meurt pas par choc, elle mourra d'un état septicémique.

Le degré d'infection détermine, entre autres, le geste chirurgical.

L'infection et l'anémie forme un cercle vicieux, l'une étant aggravées par l'autre.

F- ETIOLOGIES

Les ruptures utérines sont le fait d'une association de facteurs morbides plus ou moins complexes.

Plusieurs classifications sont possibles :

1- Ruptures pendant la grossesse :

Elles se divisent en deux grands groupes :

- .Ruptures utérines provoquées,
- .Ruptures utérines spontanées.

1-1- Ruptures utérines provoquées :

Elles sont très rares et ne se rencontrent que si la grossesse est avancée.

Lorsque l'utérus est encore peu développé, il est à l'abri derrière la symphyse pubienne. Au voisinage du terme, au contraire, il est offert à tous les traumatismes par :

Une arme blanche (coup de couteau),

Une arme à feu,

Corne de bovidé.

Il s'agit d'une contusion de l'abdomen, par écrasement par exemple, et les accidents de la voie publique [11]. En augmentant la fréquence. La blessure utérine est loin d'être toujours isolées [12].

C'est une urgence chirurgicale, justiciable de la coeliotomie, seule capable de découvrir et de traiter les lésions viscérales associées.

Les lésions utérines, elles mêmes, selon l'âge de la grossesse, tantôt par hystérectomie, tantôt par suture sans ou avec évacuation préalable du contenu utérin [12].

1-2- Rupture utérine spontanée

Les ruptures utérines spontanées sont de véritables ruptures obstétricales.

Elles ne surviennent que sur un utérus cicatriciel ou mal formé. On distingue.

Les cicatrices de césariennes

Elles peuvent être segmento corporeales, mais surtout corporeales. Les ruptures de cicatrice entraînent une déchirure de toute l'épaisseur de la paroi utérine, les deux berges de la cicatrice se séparant complètement [13].

Les membranes ovulaires sont aussi rompues et le fœtus expulsé dans la cavité abdominale.

Ainsi se rompent les cicatrices de césariennes corporeales antérieures.

. Les utérus cicatriciels après intervention chirurgicale non obstétricale.

- la myomectomie avec ou sans ouverture de la cavité : le risque de rupture lié à cette technique conservatrice est minime [14],
- la salpingéctomie avec excision de la portion interstitielle est citée comme responsable de rupture utérine au cours de la grossesse [15].
- L'hystéro plastie [16] et l'hystéro scopie [17] interviennent rarement dans la genèse de cette pathologie.

Les malformations utérines : il peut s'agir, d'utérus didelphe ou cloisonné, ou d'utérus double.

L'association rupture malformation utérine. [18],

2- Ruptures utérines pendant le travail

Elle se divise en ruptures spontanées et en ruptures provoquées.

Les ruptures sont dites spontanées quand elles sont lieu sans que l'accoucheur intervienne.

Elles sont dites provoquées si elles interviennent à la suite de manœuvre obstétricale ; l'accoucheur en somme les crée, mais parfois elles ne sont pas provoquées qu'en apparence ; elles ne sont que parachevées à l'occasion d'une manœuvre obstétricale.

2-1- Ruptures spontanées :

Les causes sont les unes maternelles les autres ovulaires.

2-1.1- causes maternelles

2-1.1.1. La multiparité

Les ruptures utérines se voient presque exclusivement chez la multipare [12]. Plusieurs auteurs reconnaissent le rôle de la parité dans la genèse de la rupture utérine, tout au moins comme facteur favorisant. Ceci s'expliquerait par les modifications structurales des utérus des multipares. Ces modifications portent : Sur l'innervation et la vascularisation, mais surtout sur la résistance de la paroi utérine.

Un des facteurs prédisposant majeurs de la rupture utérine est la grande multiparité [19] ; celle-ci agit par altération de la paroi utérine qui devient ainsi fragilisée [11].

Si on laissait évoluer le travail en dépit des obstacles, surtout chez les multipares, la rupture pourrait se produire.

Dystocies osseuses : on les classe en

2-1.1.2. Bassin immature : se pose ici le problème de la gravido puerpéralité chez l'adolescente : La jeune fille n'a pas encore la maturité anatomique et physiologique pour permettre une issue favorable à la grossesse qu'elle porte.

2-1.1.3. Malformations pelviennes : quelles soient acquises ou congénitales, les malformations pelviennes sont indispensables prendre en compte quant au déroulement de la grossesse, mais surtout au pronostic de l'accouchement. On distingue du bassin rétréci symétriques, des bassins asymétriques et le bassin dystocique après traitement orthopédique.

Bassin rétrécis symétriques

- * Non déplacés
 - . BGR (bassin généralement rétréci)
 - . Bassin plat
 - . Bassin transversalement rétréci
- * Non déplacés exceptionnels :
 - . Bassin ostéomalacique
- *déformés et déplacés :
 - . Bassin cyphotique ou lordotique

bassins rétrécis Asymétriques

- * d'origine locomotive
 - . Boiterie simple
 - . Luxation unilatérale de la
 - . Paralyse infantile
 - .coxalgie
- D'origine vertébrale
 - . Scoliose
- * D'origine pelvienne
 - . Atrophie pelvienne
 - . Fracture du bassin
 - . Tumeur osseuse

Bassins dystociques après traitement orthopédique.

En résumé, il faut retenir que les dystocies osseuses, devenues rares dans les pays développés, continuent à s'affirmer dans nos pays.

2-1.1.4. Tumeurs prævia

Qu'elles soient bénignes ou malignes, les tumeurs utérines peuvent être à l'origine de rupture utérine :

-Tumeurs bénignes :

.Kystes de l'ovaire : le kyste pelvien au contraire du kyste abdominal reste prævia, élevé un obstacle infranchissable à l'accouchement par voies naturelle.

Les complications seraient les mêmes que celles de tout obstacle prævia : inertie et infection ou rupture utérine [20].

.Fibrome utérin : l'association myome et grossesse s'observe en général chez les femmes ayant dépassé 30 ans, plus souvent chez les primipares. Au centre de Foch, exceptés les petits noyaux, sa fréquence est de 1,9 sur 55000 accouchements [20].

L'accouchement par voie basse peut être impossible : l'obstacle prævia empêche l'accommodation de la présentation, favorise les présentations vicieuses, la procidence du cordon.

L'accouchement abandonné à lui-même irait vers l'inertie et l'infection ovulaire, ou vers la rupture utérine.

Le siège, le nombre et le volume des myomes ainsi impliqués sont très variables. Ils sont le plus pédiculés ou sous-séreux.

-Tumeurs malignes :

Les cancers du col peuvent, au cours du travail, empêcher la dilatation complète. Ils peuvent être à l'origine d'une rupture utérine.

Entre autres complications de l'association cancer du col et grossesse, on peut citer la dilatation excentrique de celui-la, la déchirure cervicale avec extension à l'isthme ou au segment inférieur envahi.

COHEN, cité par [08], collige 138 cas de cancer du col et grossesse qui ont abouti dans 12 cas (8,95%) à une rupture utérine. le diagnostic reste de la haute gravité.

Pour la mère, malgré les progrès réalisés, les chances globales de survie n'excèdent pas 50%

Cas particulier de l'association cerclage rupture utérine

PUDEUR et WAGNER, cité par [08] rapportent 1 cas de rupture avec cerclage du col. [01] au Mali signale 1 cas de rupture au cours du travail avec fil de cerclage en place, donc méconnu.

D'autres facteurs de risque étaient tout de même présents il s'agit d'un antécédent de curetage et de césarienne.

2-1.2. Causes foeto-ovulaires

2.1.2.1. Causes foetales

En Afrique en général et au Mali en particulier, les dystocies d'origine foetale occupent une place très importante à la cause classique de rupture utérine. Elles sont rares dans les pays développés.

Elles s'expliquent par :

Un obstacle mécanique insurmontable d'origine foetale créant une dystocie qu'on aurait négligée ou méconnue,

Une présentation de l'épaule, ou du front, une hydrocéphalie.

Excès de volumes localisés de fœtus

-Hydrocéphalie : pendant la grossesse l'évolution n'étant pas troublée, le diagnostic ne peut se faire que sur l'examen physique. La palpation, plus que l'inspection, permet théoriquement de reconnaître les dimensions anormales de la tête : la tête déborde en coup de hache le bord supérieur du petit bassin (aucune ébauche d'accommodation). La tête reste élevée et mal fléchiée.

Le toucher vaginal montre que la tête, lorsqu'elle se présente n'est jamais engagée, et le bregma est facilement perçu.

La radiographie est un examen indispensable pour confirmer et pour découvrir l'anomalie céphalique.

Pendant le travail, autres les signes précédents, le toucher vaginal montre l'ampleur des fontanelles et des sutures, le minceur des eaux, leur consistance, parcheminée, parfois même leur crépitation.

L'échographie montre un diamètre bipariétal très supérieur à la normale et une disproportion marquée avec le transverse abdominal.

En l'absence de traitement, c'est le cas de rupture utérine par élongation du segment inférieur qui arriverait. Tel est le cas de la présentation céphalique.

En cas de siège, l'accouchement de la tête dernière en l'absence de traitement, provoquerait l'éclatement du segment inférieur.

Autres excès de volume : on peut citer

.les kystes congénitaux du cou,

.certaines malformations telles que la tumeur sacro coccygienne.

L'accouchement par voie basse est le plus souvent compatible dans ces cas

Excès de volume total du fœtus.

Les gros fœtus provoquent les ruptures utérines par disproportion fœto-pelvienne. Dans ce cas, de poids excessif, le fœtus ne peut pas passer à travers un canal pelvien normal.

Les disproportions fœto -pelviennes occasionnent une distension excessive et prolongée de l'utérus. Celui -ci présente à la longue une paroi qui se vascularisé, s'amincit puis se rompe. IL peut s'agir d'une compression prolongée de la paroi entre la présentation et le détroit supérieur : c'est l'ulcération de BRENS.

La disproportion fœto-pelvienne est une cause usuelle et classique de la rupture utérine [21].

Présentation dystocique

Diagnostiquées et prises en charge à temps, les présentations dystociques ne sont plus une cause de rupture utérine dans les pays développés. Elles occupent cependant dans les pays sous médicalisés une place très importante.

En tête on trouve la présentation transversale avec « épaule négligée » c'est une cause classique et se retrouve dans presque toutes les statistiques. On y approche la présentation oblique.

Lorsque à la fin de la grossesse ou pendant le travail, l'aire du détroit supérieur n'est occupé ni par la tête, ni par le siège du fœtus, celui-ci au lieu d'être en long, se trouve en travers ou en biais, il est en position transversale ou plus souvent en oblique.

D'autres anomalies de la présentation peuvent créer une rupture utérine par obstacle qu'elles opposent à l'engagement : ce sont :

La présentation de la face, celle surtout incriminée c'est la variété mento-sacrée ou le dégagement est impossible ;

La présentation du siège : par rétention de la tête dernière ;

La présentation du front : en l'absence d'intervention, le pronostic reste mauvais : mort du fœtus in utero, graves lésions des parties molles maternelles, en particulier rupture utérine.

2.1.2.2. Causes ovulaires

Leur responsabilité dans l'apparition des ruptures utérines au cours du travail et de la grossesse est rare.

Cependant, l'insertion placentaire doit retenir l'attention. Un peut, en effet à plusieurs titres, être à l'origine des ruptures.

Cette insertion se fera alors sur une cicatrice utérine, corporéale ou segmentaire, favorisant ainsi la désunion.

Il peut s'agir de placenta accreta [22] ou percreta [17].

Les difficultés diagnostiques sont, ici, reconnues par tous.

La physiopathologie de cette association n'est pas claire. Il est cependant admis qu'il existe une perturbation de l'équilibre entre le trophoblaste et la caduque. Plusieurs facteurs, maternels utérins et placentaires, contribuent à préciser cette situation [17].

Pour mémoire, une cause ovulaire exceptionnelle, la môle disséquante est retrouvée associée à la rupture utérine chez une primipare de 27 ans ayant un antécédent de môle invasive traitée avec succès par chimiothérapie.

A la deuxième grossesse il a été mis en évidence une rupture utérine avec mort fœtale

Une imagerie par résonance magnétique a montrée une invasion du myomètre par le môle.

La destruction du myomètre serait la cause de cette rupture utérine [19].

L'hydramnios et la gémellité sont mis en cause par certains auteurs. Ils agiraient par distension utérine.

L'hématome rétro placentaire est également cité comme cause de la rupture utérine, du moins son association avec celle-ci est décrite.

2.2 . Ruptures provoquées :

Les ruptures provoquées sont celles qui sont liées aux actes thérapeutiques.

Elles sont dues à l'accoucheur.

Elles posent un problème de vigilance et/ou de compétence de celui-ci.

Usage d'ocytocique et de prostaglandines :

La responsabilité de l'accoucheur est ici, très grande. L'emploi abusif d'ocytociques garde encore une place dans l'étiologie des ruptures utérines.

Le drame quant à l'utilisation des ocytociques, c'est leur administration sans une indication formelle et sans une surveillance stricte.

La perfusion veineuse d'ocytocique permet de ralentir ou d'arrêter à tout instant le débit de l'injection médicamenteuse.

Ainsi on peut adapter la posologie aux réponses de l'utérus et maintenir constamment l'action pharmacodynamique dans la limite de la physiologie. Les ocytociques administrés par perfusion intraveineuse ont, tout de même, leur actif des cas de ruptures utérines.

.Faits importants à retenir :

La perfusion d'ocytocique exige une surveillance constante clinique et instrumentale, c'est-à-dire la présence du médecin ou de la sage-femme qui réglera le débit suivant le rythme, l'intensité, la durée des contractions, suivant le rythme du cœur fœtal.

La perfusion d'ocytocine doit entraîner la progression ou l'accélération des phénomènes du travail. En particulier de la dilatation. Elle doit être suspendue et l'on devra recourir à un autre traitement lorsque les effets sont nuls ou insuffisants ; un laps de temps de 2heures suffit à juger de son efficacité et ne doit pas être dépassée en d'échec.

Jamais d'ocytocique par voie intramusculaire avant l'expulsion du fœtus parce que le produit ainsi administré, l'accoucheur ne le maîtrise plus.

La perfusion d'ocytocique utilisée seule [23] ou en association avec la prostaglandine [24] est très souvent incriminée

La prostaglandine peut être utilisée application intra cervicale. Des cas de ruptures utérines lui sont imputables [25].

Les prostaglandines les plus utilisées sont les PGE2et le PGF alpha.

Tous les auteurs insistent sur la nécessité de l'évaluation et du monitoring du travail d'accouchement par un spécialiste.

-Manœuvres obstétricales

Certaines interventions obstétricales peuvent être cause de rupture utérine. Elles sont très variées. On distingue :

.Les manœuvres obstétricales non instrumentales :

Version par manœuvre interne : elles peuvent être responsable de rupture utérine surtout dans ses deux derniers temps :

.au cours de la mutation du fœtus, quand la tête franchie l'anneau de rétraction.

La version devient tout à coup trop aisée ; méfiez-vous, dit-on, des versions trop faciles ;

.moins souvent au cours de l'extraction, lorsqu'elle est faite avant la dilation complète. La rupture segmentaire résulte alors d'une propagation de la déchirure cervicale.

Version par manœuvres externes : ne jamais s'obstiner devant un échec à continuer cette manœuvre sous peine de provoquer la rupture. Ce n'est pas une manœuvre de force.

Grande extraction du siège : respecter les différents temps est une condition indispensable à sa réussite. Ainsi ne doit -elle être entreprise que si le bassin est normal.

Manœuvre de dégagement d'une dystocie des épaules : elles sont très dangereuses. Il faut les éviter.

Manœuvres de KRISTELLET : aussi anodine qu'elle peut paraître, la manœuvre de KRISTELLET compte des ruptures utérines à son actif.

Les manœuvres obstétricales instrumentales :

Deux faits sont le plus souvent associés :

.la mauvaise indication et,

.la présence de l'instrument qui, lui-même, peut léser l'utérus.

Le forceps : le segment inférieur peut être déchiré par une cuillère de forceps introduit brutalement.

Extraction de la tête dernière avant la dilatation complète, a pu faire éclater le col dont la rupture a atteint le segment et l'opérateur doit être assez qualifié pour aller au « devant » d'éventuelle complication.

Les conditions d'application de forceps sont absolument impératives et ce serait une faute grave que de passer outre.

Les normes modernes d'application du forceps sont :

- La présentation du sommet,
- La tête fœtale qui est engagée,
- Les membranes de l'œuf doivent être rompues,
- La dilatation du col et de l'utérus doit être complète,
- La protection du périnée par épisiotomie,
- Le sondage vésical

La ventouse obstétricale ou vacuum extractor : il s'agit d'un appareil pneumatique permettant la préhension et la traction de la tête fœtale. Elle est rarement mise en cause.

Du fait d'une mauvaise technique, les manœuvres obstétricales, quelles soient mineurs ou majeures, peuvent engendrer des ruptures utérines.

Elles doivent être exécutées par un spécialiste.

2-3-Cause diverses

Pour mémoire, nous citerons une cause une cause inhabituelle, tout au moins dans notre pays. Il s'agit de rupture utérine liée à habitude de vie : la consommation de cocaïne.

Certaines expériences ont montré que la consommation de cocaïne stimule la contractilité utérine.

Des complications dramatiques liées à l'utilisation abusive de cocaïne durant la grossesse a été rapportée aux USA [26].

Cette drogue a été considérée comme facteur de risque de la rupture utérine [27].

Les ruptures utérines sont le fait de plusieurs facteurs étiologiques qui, à degrés divers, s'associent.

Les facteurs étiologiques usuels sont : la multiparité, la cicatrice utérine, la dystocie mécanique, l'usage d'ocytocique et les manœuvres obstétricales [27],

G- DIAGNOSTIC DES RUTURES UTERINES

1- Clinique

La rupture utérine peut survenir à tout moment de la grossesse. Il est cependant classique qu'elle survienne presque toujours pendant le dernier trimestre, mais surtout pendant le travail.

Dans la littérature on dénote près d'une dizaine de cas de ruptures utérines survenues dès la 10^{ème} semaine d'aménorrhée [17].

Nous décrivons schématiquement deux tableaux cliniques :

Le tableau classique de la rupture bruyante qui se voit surtout dans les ruptures par disproportion fœto-pelvienne ou au cours des présentations transversale avec épaule négligée. L'utérus ici est sain ;

Le tableau de rupture insidieuse sur utérus fragilisés ou lors des manœuvres intra-utérines.

Il est bien évident que tout les aspects intermédiaires sont possibles entre les deux tableaux schématiques et que la concordance entre l'étiologie et l'aspect clinique est loin d'être absolue : une bruyante peut survenir sur un utérus cicatriciel et une rupture insidieuse sur un utérus sain.

.Les ruptures utérines précoce

Les tableaux cliniques sont assez variés :

.Ruptures utérines des utérus malformés ou cicatriciels :

La rupture pendant la grossesse, volontiers, survient sur un utérus malformé ou cicatriciel. La cicatrice est généralement corporéale.

Les ruptures utérines des utérus porteurs de cicatrices se caractérisent par une allure sournoise. D'ou l'intérêt d'une anamnèse minutieuse.

La femme a quelques signes de choc, et, à l'examen, les bruits du cœur fœtus ont disparu, l'utérus a changé de forme ; parfois à cote de lui, on perçoit le fœtus sous la paroi.

Le choc hémorragique est dans la plupart des cas. Il y aura plutôt une hémorragie minime, la cicatrice désunie étant une zone peu vascularisée.

Les signes de péritonite sont très peu marqués, voir absents. Ils sont remplacés par une irritation péritonéale à type de douleurs diffuses avec iléus paralytique.

Il peut s'associer une anémie clinique plus ou moins marquée.

La connaissance de l'opération antérieure permet de faire aisément le diagnostic.

L'examen doit être complet et mené avec minutie.

L'aspect clinique de la rupture frustre doit faire insister sur la nécessité d'une révision utérine de prudence ou au moindre doute, et même d'une manière systématique après un accouchement le banal soit-il sur un utérus cicatriciel ou fragilisé.

.Rupture de la corne utérine rudimentaire

La survenue brutale, d'un état de choc inondation péritonéale peut faire évoquer le diagnostic de rupture d'une grossesse utérine [18]. On trouve la notion d'aménorrhée gravidique associée de douleurs pelviennes de survenues avec malaise. Il n'y a pas généralement pas de métrorragie.

L'échographie mais surtout la cœlioscopie faite en urgence élimine la grossesse extra-utérine.

La laparotomie exploratrice d'urgence relève la rupture de la corne rudimentaire gravidique [17].

Rupture ischémique ou cervico-ischémique après avortement tardif

.Rupture ischémique : elle revêt deux aspects cliniques :

Au cours d'un avortement apparemment normal, survient une violente douleur abdominale avec malaise, pâleur, chute tensionnelle. La laparotomie retrouve l'œuf dans l'abdomen ou dans l'espace retro péritonéal et la brèche au niveau du segment inférieur.

Au cours d'un avortement survient une hémorragie importante. La révision utérine permet de retrouver la rupture. Parfois, celle-ci passe inaperçue.

L'hémorragie persiste ou récidive à distance. La laparotomie, alors envisagée, découvre une rupture au niveau du segment inférieur.

.Rupture cervico isthmique : (à développement tardif)

Le cas clinique rapporté concerne une troisième part ayant suivi une césarienne lors de sa première grossesse, puis accouché par voie basse lors de la deuxième naissance. Cette troisième grossesse la patiente a été hospitalisée pour métrorragie de la moyenne abondance à la fin du 1^{er} trimestre.

L'échographie montre la présence de deux compartiments liquidiens, dont le plus bas, cervico isthmique, contient un fœtus et séparé du premier par le placenta.

L'issue de la grossesse à 24 semaines d'aménorrhée se complique par une hémorragie sévère, obligeant une hystérectomie d'hémostase.

L'examen anatomopathologique confirme la rupture cervico isthmique constatée en per opératoire [26]

L'auteur insiste sur la rareté de cette pathologie.

.Les rupture utérines tardives

Rupture spontanée :

.Forme franche classique :

C'est la rupture utérine au cours de la présentation négligée de l'épaule ou les défauts d'engagement dans les bassins rétrécis. C'est la forme franche la plus classique.

Devenue exceptionnelle ailleurs, cette forme est encore fréquente dans les pays sous médicalisés.

L'accident est en général précédé de prodromes qui donnent le temps de la prévoir et de le prévenir.

On dénote trois temps :

Premier temps (prodrome)

L'accident ne saurait se produire avant l'ouverture de l'œuf. En effet, l'accident va de pair avec la rétraction utérine dont la condition est la rupture des membranes. Il apparaît alors les signes de rétractions utérines.

La dystocie utérine s'aggrave.

Par exemple, l'épaule qui se présente tant à s'engager. Ou, au contraire, la tête qui se présente reste élevée et ne cesse de déborder le plan de la symphyse.

L'accouchement traîne en longueur.

L'utérus intensifie le rythme et la durée des contractions qui deviennent subintrantes. Il se « cabre » contre l'obstacle.

La manifestation de cette phase de lutte est la classique « tempête » de « douleur ». La parturiente souffre de façon continue, sans répit même dans l'intervalle des contractions.

Au anomalies de la contraction s'ajoutent la dilatation du col, qui s'œdématie et s'épaissit. La femme devient anxieuse et agitée.

Deuxième temps :

La rétraction de l'utérus s'accroît ; le corps de l'utérus devient de plus en plus dur. Les contractions se marquent à peine sur ce fond de tension permanente. Le segment inférieur, au contraire s'éloigne, s'étire : c'est le signe de BANDL-FROMMEL ;

La palpation note souvent un maximum sus-pubien de la douleur provoquée, surtout il y a une ampliation et un amincissement extrême du segment inférieur qui s'individualise du corps utérin par un sillon qui donne à l'ensemble de l'utérus une forme de sablier grossit du bas et diminue du haut.

Cette déformation en brioche signe l'imminence de la rupture utérine, parfois confirmé au toucher vaginal par la stagnation de la dilatation et la tension des ligaments ronds.

Le fœtus succombe.

Troisième temps

C'est la phase de la rupture de l'utérus

.Signe fonctionnels et généraux : c'est le drame de la rupture utérine qui est le plus souvent d'une extrême violence. La femme ressent une douleur « atroce » en coup de poignard » qui se trouve localisé à un point de l'abdomen.

Elle a l'impression qu'un liquide chaud s'écoule dans son ventre.

Souvent, au contraire, les douleurs cessent ; c'est que la femme a accouché, mais elle est accouchée dans le ventre. Le fœtus s'échappe dans l'abdomen, l'utérus est libéré, un bien être apparent peut survenir ; c'est l'accalmie triste qui ne trompe pas un esprit averti.

Mais rapidement apparaissent des tendances à la syncope, les lipothymies, des bâillements, des signes de choc plus ou moins nets. Le pouls est rapide, la tension artérielle s'abaisse, le visage pâlit, le nez se pince, les yeux se cernent, la respiration est plus courte, les extrémités et le nez se refroidissent.

.Signes physiques : à l'inspection, si le fœtus est encore dans l'utérus, le ventre conserve sa forme. Mais, si le fœtus a quitté l'utérus, le ventre perd sa saillie oblongue pour prendre des contours diffus et irréguliers.

A l'auscultation : les bruits du cœur fœtal ont disparu.

Au palper : on provoque une douleur d'un côté, douleur exquise sur le bord rompu. On peut percevoir le fœtus sous la peau, étalé et superficiel. À côté du fœtus, situé à gauche en général, se trouve une masse ferme, qui répond à l'utérus.

En pratiquant le toucher vaginal, on voit que la femme perd un peu de sang noirâtre, d'aspect siriqueux. La présentation, sauf dans le cas où le fœtus est resté dans l'utérus, a disparu.

Ces examens trop approfondis, et trop répétés, aggravent l'état de choc et doivent être évités.

.Formes cliniques :

Formes insidieuses : les désunions d'une cicatrice de césarienne antérieure en sont l'étiologie principale. Elles peuvent aussi avoir pour cause en ancienne perforation utérine, une rupture cervico-segmentaire ancienne est inconnue. En général la symptomatologie est discrète. Elle peut même ne se manifester qu'après l'accouchement.

Parfois c'est le tableau général et le progressif du choc, car ces désunions de blessures anciennes saignent peu. L'altération du faciès, l'accélération des tendances syncopales, le refroidissement des extrémités, l'accélération du pouls, la chute tensionnelle, la disparition des bruits du cœur fœtal, la remontée de la présentation qui cesse d'être accommodée au détroit supérieur, sont les signes principaux.

Ce tableau peut s'observer à n'importe quel moment du travail, souvent au début.

La symptomatologie peut être encore moins significative. C'est ainsi que l'apparition d'une souffrance fœtale objectivée ou même la disparition des bruits du cœur peuvent être la seule manifestation clinique ; ou encore l'existence d'une douleur exquise provoquée dans le flanc ou sur le bord de l'utérus, à la pression du segment inférieur déjà césarisé.

La rupture ne peut se révéler qu'après l'accouchement ; mais en général elle se manifeste avant la délivrance artificielle, sous des aspects peu explicites.

Parfois l'enfant naît mort ou de façon inattendue en état de grande détresse.

Ou encore une petite hémorragie se produit et se prolonge ; ou bien, au contraire, en l'absence de saignement, le placenta ne se décolle pas, pendant que l'état général s'altère plus ou moins. On est ainsi amené à pratiquer la délivrance artificielle et à reconnaître la rupture, du moins si l'on en a évoqué l'éventualité.

Après la délivrance, la symptomatologie peut se limiter à un choc isolé.

La révision est ici, indispensable.

La symptomatologie peut même être nulle. La désunion est découverte par la révision utérine qui doit être faite chez toute femme ayant une césarienne antérieure.

Formes compliquées

Les complications peuvent modifier la symptomatologie.

Ainsi, les ruptures s'étendant en « L » large se signaleraient par l'irradiation des douleurs vers les membres inférieurs. Les lésions associées de la vessie se traduisent par un ténesme et une hématurie.

Les lésions vésicales peuvent être une simple blessure ou au contraire, un éclatement des culs-de-sac latéraux du vagin.

Le rectum n'est jamais atteint.

Les ruptures utérines peuvent s'accompagner d'afibrinogénémié [26], avec incoagulabilité sanguine.

Rupture utérine et placenta accreta

La patiente présente un long passage de douleurs abdominal ayant évolué par poussées, au cours de presque toute la grossesse. C'est une des ces crises qui va aboutir à la rupture, le plus souvent avant le début du travail.

On peut retrouver une métrorragie.

La palpation retrouve une contracture utérine ; le diagnostic sera celui du décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Il ne faut pas faire la laparotomie.

Formes atypiques : il s'agit de formes

.occluse,

.pseudo appendiculaire,

.pseudo-pyelique.

Ruptures utérines provoquées

Tout autre est l'aspect clinique des ruptures provoquées. Elles n'ont pas de prodromes, puisqu'elles se constituent au moment de l'intervention obstétricale génératrice de l'accident.

.Après les manœuvres instrumentales ou manuelles

Destinées à extraire le fœtus, donc pratiquées sous anesthésie ; celle-ci va masquer les deux premiers temps de la pré rupture et de la rupture, la femme endormit ne pouvant pas traduire de symptômes douloureux.

Quant aux signes de rupture confirmée, ils sont absents : pas de signes fœtaux, le fœtus étant déjà extrait.

Trois faits doivent lors attirer l'attention :

.pénible au début, la manœuvre devient soudain d'une extrême facilité,

.le décollement du placenta ne se fait pas,

.surtout, il y a par la vulve, un écoulement important du sang.

Dans tous les cas, il est essentiel, chaque fois qu'on fait une intervention chirurgicale difficile, de pratiquer une révision utérine.

Cette vérification nécessaire, permet seule de découvrir et d'apprécier une déchirure du segment inférieur.

L'examen doit être complet dans les déchirures à point départ cervical, par l'inspection sous valve.

L'angle supérieur de la brèche, en cas de déchirure segmentaire, dépasse l'insertion vaginale.

Après perfusion d'ocytocique

2- Diagnostic positif

Peut être souvent facile, parfois il est impossible à affirmer.

. Diagnostic facile

-Après une révision,

-Après une manœuvre qui, laborieuse au début, devient facile brusquement ;

- Ou lorsque tous les signes cliniques sont réunis : choc hémorragique, bruit du cœur fœtal négatif, fœtus sous la peau.

Dans ces cas, le diagnostic s'impose par son évidence.

. Au contraire, le diagnostic devient problématique : en cas

-d'anesthésie, de désunion silencieuse et progressive,

-de déchirure du col propagée au segment inférieur ou de rupture complète ou extra muqueuse.

3- Diagnostic différentiel

***le choc obstétrical** : la révision utérine fait le diagnostic.

***Déchirure du col** : l'examen sous valve oriente vers l'une ou l'autre pathologie.

***la grande multiparité** : chez la multipare, la paroi est parfois muscliculée ; le fœtus paraît alors situé sous la peau.

Ici le test de REEB peut aider au diagnostic : une injection en intraveineuse de 2 UI d'ocytocique faite à la parturiente ; si un écran de contractions s'interpose entre la main qui palpe et le fœtus, c'est que celui-ci est intra utérin.

*** le décollement prématuré du placenta normalement inséré**

Il peut présenter un tableau semblable à celui de la rupture utérine quand les signes généraux sont majorés : les signes de choc sont alors sans proportion avec la minime perte de sang noirâtre.

Cependant l'utérus, siège d'une hémorragie interne, est dur, c'est le signe essentiel. Dur comme du bois, dur partout, dur tout le temps. Il augmente de volume, augmentation souvent décelable d'un examen à l'autre [10].

Mais ces deux affections peuvent être associées. Alors il faudrait être large d'indications opératoires et intervenir rapidement, sans délai.

***le placenta praevia :**

Le diagnostic positif de cette pathologie repose sur les caractères de l'hémorragie : spontanée, indolore, récidivante, faite de sang rouge.

Mais il repose surtout sur la triade :

- .hémorragie ++++avec utérus souple.
- .vitalité fœtale présente,
- .présentation haute, mobile.

Le fœtus reste dans l'utérus.

Il faut rechercher les signes négatifs :

- .absence de contraction utérine,
- .absence de signes de toxémie,
- .normalité de la crase sanguine.

***Par ailleurs on pourra discuter :**

- .une appendicite,
- .une pyélite,
- .un iléus paralytique.

H- Traitement

Comprend deux volets

1- Prophylaxie

Le traitement prophylactique est essentiel.

Dans les pays développés, il explique la diminution de la fréquence des ruptures.

Il faut :

Bien connaître la dystocie,

Savoir évaluer un bassin rétréci, reconnaître une tumeur praevia, une hydrocéphalie, savoir conduire l'épreuve du travail pour l'arrêter opportunément,

Savoir manier les ocytociques et au besoin s'en passer, user s'il le faut des utéro-relaxants,

Évaluer les risques de la voie basse dans les utérus cicatriciels.

Il ne faut pas :

Laisser s'installer la rétraction utérine,

Recourir à des opérations contre-indiquées ou désuètes, pas de forceps au détroit supérieur,- pas d'intervention par voie basse avant la dilatation complète, pas de version risquée, pas de version si l'utérus est rétracté, faire de dilatation forcée du col.

2-Le traitement curatif

Toute rupture utérine diagnostiquée doit être opérée en urgence. Mais le traitement chirurgical est à lui seul insuffisant. Il doit être complété par le traitement du choc et par celui de l'infection.

Il y aura toujours lieu de vérifier l'état des autres organes pelviens et surtout la vessie.

2-1-Le traitement chirurgical

Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale, qui permet seule d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention.

Le geste chirurgical tient compte :

De l'ancienneté de la rupture et du degré d'infection surajoutée.

De l'importance des lésions anatomiques,

Des antécédents, surtout d'intervention sur l'utérus (utérus cicatriciel).

De l'âge, parité, existence d'enfant vivant ou non.

Après coeliotomie, deux opérations sont possibles.

2 .1.1- L'hystérectomie :

Elle est encore aujourd'hui indiquée, lorsque la rupture est importante ;complicée de lésions de voisinage ;chaque fois qu'elle est contuse,irrégulière, étendue, accompagnée de lésions vasculaires,quand elle date de plus de 6 heures, ou encore si, même moins grave,elle survient chez une multipare relativement âgée [27].

Autant que possible, les ovaires sont conservés.

2.1.2- L'hystérorraphie

C'est une technique chirurgicale conservatrice qui consiste à suturer l'utérus. Cette opération conservatrice, dont les avantages sont considérables chez une jeune femme, doit être techniquement réalisable quand la section utérine n'est pas trop étendue, non compliquée de lésions voisines.

Interviennent aussi dans la décision, l'âge de la femme, le nombre de grossesses antérieures (enfant vivant). Son état général, le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire, l'infection potentielle.

2.1.3- La ligature des trompes

Elle n'est pas un traitement de la rupture utérine. Elle est associée, si elle est pratiquée, à l'hystérorraphie

La stérilisation tubaire est faite parfois :

Chez les grandes multipares et/ou,

Devant les lésions importantes.

C'est une méthode contraceptive la plus efficace et de loin la moins contraignante [28].

2.1.4- Autres gestes

C'est le traitement des lésions associées ; déchirures vaginales et cervicales : par du fil résorbable.

Plaies vésicales : la réparation immédiate est parfois possible si la plaie est nette et facilement accessible, on ferme la vessie au catgut en un plan, sans suturer le vagin.

Le plus souvent, mieux vaudra attendre trois mois pour un traitement conséquent.

Drainage vésical : le sondage se fait pendant quinze jours sous antibiotique.

2-2- Traitement du choc :

Il est entrepris possible dès la rupture reconnue. On ne saurait trop insister sur la fragilité de ces malades.

Tout transport, toute manipulation aggrave le choc. C'est pourquoi les ruptures utérines en milieu non chirurgical sont très graves.

En milieu chirurgical, le traitement de choc doit être fait à la salle d'opération même, où l'opérée sera laissée le temps qu'il faudra, puis transportée au service de réanimation : on lui apportera des substances énergétiques (sucres) et oxygène

Le traitement curatif du choc comprend

Le traitement de la cause :

C'est celui de la rupture elle-même. Il est primordial

Les perfusions, si l'hémorragie n'est pas tarie, risquent de ne pas compenser les nouvelles déperditions. Mais de réaliser un véritable lavage de sang qui aboutirait à l'anémie aigue.

Hémostase doit donc précéder la réanimation dont la précession doit être conduite au maximum.

La réanimation :

Le rétablissement de la circulation périphérique et de la volémie est l'objet principal du traitement par transfusions ou à leur défaut, par perfusion

La quantité de sang à perfuser sera réglée sur la dissipation du choc, le rétablissement des chiffres tensionnels, le retour du pouls à la normale. Elle est très variable.

Certaines circonstances obligent à des perfusions massives et rapides. IL faut alors recourir à plusieurs voies veineuses, au besoin après dénudation.

D'autres substances que le sang peut être employé. Mieux vaut alors utiliser des produits à grosses molécules se maintenant en circulation : plasma, produits synthétiques (plasmion).

Les solutés cristalloïdes, salés ou sucrés ne se maintiennent pas en circulation

Tous ces produits doivent être considérés comme des moyens d'urgence, ils peuvent parfois suffire.

Ils permettent en tout cas de gagner le temps nécessaire à la mise en œuvre de la transfusion, indiquée en cas de persistance ou de récurrence du choc.

L'oxygénothérapie n'a pas de sens que si la circulation est rétablie.

L'anurie le plus souvent transitoire, peut être prévenue par la perfusion de mannitol ou de diurétiques.

2-3- Traitement anti-infectieux

Les antibiotiques seront administrés à fortes doses par voie parentérale à titre préventif pendant plusieurs jours jusqu'à stabilisation de la température à la normale.

I - Pronostic

1- Pronostic foetal

L'aspect le plus dramatique de la rupture utérine est son caractère foeticide. Dans ruptures spontanées, le pronostic foetal est encore plus mauvais. Le fœtus a succombé pendant la période de rétraction utérine, ou meurt après la rupture.

Le fœtus peut rester vivant dans les ruptures tardives et discrètes, révélées seulement pendant le période de délivrance et surtout dans les désunions de cicatrice.

Pour les enfants vivants qui ont le plus souvent souffert, une surveillance post natale s'impose à la recherche de :

- Troubles cérébro-moteurs,
- Retard intellectuel.

2- Pronostic maternel

Il n'a pas heureusement suivi le pronostic foetal dans sa gravité.

2-1- Mortalité maternelle

Le pronostic maternel comporte tout de même une énorme mortalité dans les régions à grand rationnement rurales : la femme peut mourir dans les heures qui suivent la rupture .d'hémorragie et surtout de choc.

Le pronostic est encore plus sévère dans les ruptures compliquées avec éclatement du vagin ou de la vessie.

2-2- Morbidité maternelle

2-2.1- abcès pariétal : il n'est pas rare. Il peut aboutir à une désunion de la fermeture pariétale entraînant un lâchage avec ou sans éviscération.

2.2.2- Péritonite : elle n'est pas rare de nos jours. Elle constitue la suite logique de l'infection provoquée par la prolongation du travail.

Elle est aidée par une antibiothérapie insuffisante ou un défaut d'antibioprophylaxie.

La péritonite aboutit à la septicémie dans la majorité des cas et en fin à la mort.

2.2.3- L'endométrite : elle est plus fréquente et s'installe quand l'antibiothérapie est insuffisante en dehors d'une hystérectomie.

2.2.4- La septicémie : c'est l'issue fatale de la péritonite ou de l'endométrite.

2.2.5- Fistules vésico-vaginale : elle pose de sérieux problèmes sociaux.

En résumé, le pronostic foetal est toujours sombre, le pronostic maternel toujours sérieux [11]

Le pronostic materno foetal est amélioré par une intervention conséquente et rapide [28],

J – ATTITUDES PROPHYLACTIQUES

Le traitement prophylactique des ruptures utérines est essentiel. La prévention passe par la maîtrise parfaite des différents facteurs de risque, cela passe par l'implication de tout le personnel sanitaire à tous les niveaux.

1- La prévention des ruptures d'utérus sain

Le dépistage de toutes les causes de dystocie, ce qui implique la surveillance correcte de la grossesse et du travail d'accouchement par un personnel médical et paramédical qualifié capable de faire le pronostic maternel et foetal de l'accouchement au dernier trimestre. La sensibilisation des femmes sur le bien fait de la consultation prénatale et de l'accouchement à la maternité.

Faire des consultations prénatales de meilleure qualité afin de dépister les grossesses à risque et les référer à temps.

Remplir correctement les partogramme et référer les parturientes dès que la zone d'alerte est franchie.

Savoir conduire l'épreuve de travail et l'arrêter au moment opportun.

Faire la promotion du planning familial.

Tous les accoucheurs doivent avoir à l'esprit cette assertion qui dit que : «le soleil ne doit jamais se coucher deux fois sur le même travail » [29]

2- La prévention des ruptures d'utérus cicatriciel

Toutes les femmes présentant un utérus cicatriciel doivent bénéficier d'une évacuation systématique vers un centre chirurgical en fin de grossesse.

2.1. la césarienne systématique

Est réalisée chaque fois que l'accouchement par voie basse est impossible ou n'offre pas toutes les garanties de sécurité. Ces critères sont déterminés par les résultats de l'examen clinique :

- les cicatrices qui ne sont pas segmentaires

- les suites opératoires compliquées d'une endométrite prouvée
- l'absence d'informations sur la cicatrice
- la présence de la cause initiale : bassins dystociques
- les présentations dystociques
- le placenta praevia antérieur (inséré sur la cicatrice)
- les surdistensions utérines (hydramnios, grossesse gémellaire, macrosomie)

Après la césarienne, une contraception systématique et efficace d'au moins 24 mois est nécessaire.

2.2. L'épreuve de travail

La sélection des patientes devant subir l'épreuve utérine découle des indications de la césarienne.

Le travail doit être rigoureusement suivi et une révision utérine systématique s'impose après l'accouchement.

2.3. Cas particulier des ruptures provoquées

Faire une utilisation judicieuse des ocytociques, en respectant les contres indications et la voie d'administration

Le respect strict des indications et des contre-indications des manœuvres instrumentales ou non.

Faire une révision utérine systématique après toutes manœuvres obstétricales laborieuses

Abandon au profit de la césarienne des manœuvres obstétricales réputées dangereuses.

La prévention de ces ruptures utérines passe par le respect strict des règles de l'obstétrique moderne.

METHODOLOGIE

III METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à l'hôpital de Sikasso. Situé au centre ville, l'hôpital de par sa situation géographique, est d'accès facile.

1.1 Présentation de la région de Sikasso

Sikasso encore appelée Kéné Dougou est la troisième région administrative du Mali. Elle est située dans la partie sud du territoire. Elle est limitée :

- au Nord par la région de Ségou
- au Nord-Ouest par la région de Koulikoro
- au Sud par la république de Côte d'Ivoire
- à l'Est et au Nord-est par le Burkina-Faso
- au Sud-Ouest par la république de Guinée

A cause de cette situation la région est un véritable carrefour commercial et d'échanges culturels.

Elle couvre une superficie de 71.790Km²; elle compte 2.189.074 habitants dont 48,6% d'hommes et 51,4% de femmes (source : DRPS/Sikasso ; 2006).

Les principales ethnies sont: Sénoufo, Bambara, Minianka, Samogo, Peulh.

Les principales religions sont : l'islam, le christianisme et l'animisme.

C'est une région qui s'étend entre 12°30 Nord et 10°30 Nord et entre 8°30 Ouest et 5°30 Ouest. Elle comprend deux grandes zones climatiques:

- La zone nord guinéenne, la pluviométrie y est longue (1 150mm à 1 400mm de pluie/an).

La saison des pluies est relativement longue (plus de six mois, d'avril à octobre); avec environ 90 jours de pluie; la température maximale est de 41°C.

- La zone soudanienne couvre essentiellement le nord des cercles de Sikasso, Kadiolo, Kolondièba, les cercles de Bougouni et Koutiala. La pluviométrie varie de 750mm à 1400mm/an.

- Axe Zegoua-Bamako 150mm. L'hivernage dure quatre à six mois (de mai à octobre) avec un maximum de pluie en août, avec environ 75 jours de pluie. La température moyenne est de 27°C.

La végétation se compose de forêt claire, de savane boisée, de savane arborée, de savane arbustive et de galerie forestière.

Les voies de communication routières sont essentiellement constituées par quatre axes routiers:

- Axe Koury-Koutiala
- Axe Koury-Kimparana-San
- Axe Sikasso-Koutiala-kimparana

Sur le plan administratif la région comprend:

- **7 cercles** : Bougouni, Kadiolo, Kolondièba, Koutiala, Sikasso, Yanfolila, Yorosso
- **46 arrondissements;**
- **425 secteurs de développement;**
- **1 821 villages;**
- **3 communes de plein exercice:** Bougouni, Koutiala et Sikasso.

L'économie est essentiellement basée sur l'agriculture, l'élevage, l'artisanat et le commerce.

Dans la région il existe des unités industrielles qui sont: six (6) usines d'égrainage de coton (SIKASSO, KOUTIALA, BOUGOUNI, KOUMANTOU, KIGNAN, 2 huileries (HAWYT à SIKASSO et HUICOMA à KOUTIALA), une usine de thé à FARAKO.

On y trouve de nombreuses zones d'exploitation aurifères: Morila, Kalana, Siama.

La couverture sanitaire connaît une amélioration certaine. La région comprend un seul hôpital situé dans la capitale régionale, des CSREF, des CSCOM, des dispensaires de quartier, des cabinets médicaux, et deux (2) cliniques.

Sikasso est une zone où sévit fortement le paludisme. Les IST y sont courantes, cas du Sida avec une fréquence de 4 à 6% selon le programme national de lutte contre le sida en 2002.

1.2 Présentation de l'hôpital de Sikasso :

L'hôpital de Sikasso est l'un des centres de référence de deuxième niveau dans la pyramide sanitaire du Mali.

Il doit répondre en permanence aux besoins de tous les malades référés par les établissements sanitaires périphériques.

Il est chargé d'assurer les soins médicaux curatifs et préventifs, la formation des agents de santé et la recherche médicale.

L'hôpital de Sikasso est bâti sur 4 hectares et situé en 'plein' centre ville. Il est limité :

- au Sud par le grand marché,
- au Sud-Ouest par le centre social de la mission catholique,
- au Nord-Ouest par le dispensaire central,
- à l'Est par le groupe scolaire A, la BNDA, la Direction Régionale des Impôts, la poste et la SOTELMA.

Créé depuis 1930, l'établissement a évolué sous plusieurs appellations:

- Assistance médicale indigène (AMI)
- Assistance médicale africaine (AMA),
- Hôpital secondaire et Hôpital régional en 1972
- Établissement Public Hospitalier depuis 2004.

Ces différents changements nominatifs n'ont pas été suivis de construction ou de rénovation d'infrastructure, raison pour laquelle l'hôpital est constitué en grande partie de bâtiments datant de temps colonial.

❖ L'hôpital comprend :

- un bloc administratif,
- un bâtiment abritant la pharmacie et le laboratoire,
- un bâtiment pour la gynécologie obstétrique et le cabinet dentaire,
- un pavillon d'hospitalisation de médecine,
- deux pavillons d'hospitalisation de chirurgie,
- deux bâtiments pour la pédiatrie,
- un bloc comportant l'ophtalmologie, le bureau du Directeur, une salle consultation et la salle pour les conseillers psychosociaux.

- un bâtiment pour le bloc opératoire, la radiologie et la réanimation,
- un pavillon d'hospitalisation de première catégorie:
- un pavillon d'hospitalisation mixte dénommé nouveau pavillon (NP) et service d'information hospitalier (SIH),
- Quatre salles de 3^{ème} catégorie appelé '**very important Person**' (VIP),
- le bureau des entrées,
- un bâtiment pour le service social et la chambre du gardien,
- une cuisine,
- des latrines,
- un bâtiment abritant la morgue et le garage,
- un bâtiment pour le bloc des urgences,
- un cabinet pour l'O.R.L.

Le service de **gynécologie obstétrique** comprend :

- une salle d'accouchement à trois tables d'accouchement,
- une salle de travail communiquant avec la salle d'accouchement avec cinq lits,
- une salle de consultation externe,
- une salle pour planification familiale,
- trois salles d'hospitalisation de vingt un lits (de l'ensemble des trois salles),
- une salle de garde pour sage femme communiquant avec la salle d'accouchement,
- un bureau pour chef de service,
- un bureau pour sage femme maîtresse,
- un bureau pour infirmière

Le personnel du service de gynéco obstétrique dans lequel s'est déroulée cette étude est composé de :

- quatre gynécologues obstétriciens dont deux maliens et deux chinoises.
- Six sages femmes,
- trois aides soignantes
- Six étudiants faisant fonction d'interne,

- et des élèves stagiaires de l'école secondaire de santé et de l'institut de formation en science de la santé.

2-Période d'étude

Notre étude s'est étendue de la période allant de 1^{ER} janvier 2007 au 31 décembre 2008

3-Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique

4-lieu d'étude

Elle s'est déroulée dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital de Sikasso

5-Population d'étude

Notre étude s'effectue sur la population des femmes enceintes admises dans le service pour des complications liées à la grossesse et l'accouchement

6-Critères d'inclusion

Femmes enceintes à terme avec des antécédents de dystocies ; et femmes enceintes à terme en travail d'accouchement.

7-Critères de non inclusion

Femmes non enceintes et femmes enceintes non en travail. Femmes enceintes accouchées dans le service chez qui le diagnostic de rupture utérine n'a pas été retenu.

8-Recueil des données

Il a été fait à partir des dossiers des patientes, du registre du bloc opératoire

9-Saisie des données

Elle a été effectuée sur le logiciel Microsoft world version 2003, EPI infos ; de la variable **Chi 2** et de **P** (P = 5 %)

RESULTATS

RESULTATS

Notre étude porte sur deux années : de **janvier 2007** à **décembre 2008**.

Durant la période d'étude on note respectivement **3283** et **2555** accouchements en **2007** et en **2008** soit un nombre total de **5838** accouchements.

Nous avons recensé **1256** césariennes dont **635** en **2007** et **621** en **2008**.

Nous avons noté **66** ruptures utérines sur **5838** accouchements soit une fréquence de **1.13%**.

Répartition annuelle des ruptures utérines.

Année	Effectifs	Pourcentage
2007	37	56,1
2008	29	43,9
Total	66	100

Tableau I : répartition des parturientes en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
< 20	1	1.5
20 - 24	12	18.2
25 - 29	19	28.8
30 - 34	17	25.8
35 - 39	14	21.2
40 et plus	3	4.5
Total	66	100

La tranche d'âge de **25-29** ans est la plus représentée soit **28.8 %**

Tableau II : répartition en fonction des activités socioprofessionnelles

Activité	Effectifs	Pourcentage
Aide soignante	1	1,52
Ménagère	65	98,48
Total	66	100

Cette représentation montre que **98,48%** des femmes sont des ménagères

Tableau III : répartition en fonction de leur résidence

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Hors sikasso	1	1,6
Sikasso ville	16	24,2
Cercle Sikasso	49	74,2
Total	66	100

Cette répartition montre que **74,2%** des femmes viennent du cercle de Sikasso

Tableau IV : répartition en fonction des ethnies

Ethnies	Effectifs	Pourcentage
Senoufo	46	69,7
Peulh	7	10,6
Bambara	6	9,1
Dogon	2	3,0
Samoko	2	3,0
Mianka	1	1,5
Peulh	1	1,5
Malinké	1	1,5
Total	66	100

L'ethnie senoufo est la plus représentée soit **69,7%**

Tableau V : répartition en fonction des statuts matrimoniaux des parturientes

Statuts	Effectifs	Pourcentage
Divorcée	0	0
Veuve	0	0
Célibataire	1	1,5
Mariée	65	98.5
Total	66	100

Les mariées sont les plus représentées soit **95,5 %** des parturientes

Tableau VI : répartition en fonction du niveau d'instruction des femmes

Niveau	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisées	65	98.5
Primaire	1	1.5
Secondaire	0	0
Supérieur	0	0
Total	66	100

Les non scolarisées sont les plus représentées avec **98,5%** des femmes.

Tableau VII : répartition en fonction de la gestité des parturientes

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Primigeste	2	3,0
G2 – G4	20	30,3
G5 – G6	18	27,3
Supérieur à G6	26	39,4
Total	66	100

Les grandes multi gestes sont les plus représentées soit **39,4%** des femmes.

Tableau VIII : répartition en fonction de la parité

Parités	Effectifs	Pourcentage
Nullipare	2	3,0
Primipare	6	9,1
Pauci pare	12	18,2
Multipare	19	28,8
Grandes multipares	27	40,9
Total	66	100

Les grandes multipares sont les plus représentées soit **40,9%** des femmes.

Tableau IX : répartition en fonction du nombre des consultations prénatales (CPN).

C P N	Effectifs	Pourcentage
0	41	62,1
1-3	19	28,8
4 ou plus	6	9,1
Total	66	100

Cette répartition montre que les **62,1%** des parturientes n'ont pas fait de consultation prénatale.

Chi 2=8.69

p = 0.122939

L'analyse statistique est non significative

Tableau X : répartition en fonction de l'intervalle inter génésique (I I G)

I I G	Effectifs	Pourcentage
Inf 1an	6	9,0
1-2 ans	46	69,7
Sup. 2ans	14	21,3
Total	66	100

Cette répartition montre que **69,7%** des parturientes ont un **I I G** compris entre **1-2 ans**

Chi 2 = 13.85

p = 0.000983

La différence statistique est significative

Tableau XI : répartition en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Auto référées	17	25.8
Evacuées avec un support	49	74,2
Total	66	100

Les référées sont les plus représentées soit **74,2%** des femmes.

Chi 2 = 13.18

p = 0.000282

L analyse statistique est significative

Tableau XII : répartition en fonction de la structure de référence

Structures	Effectifs	Pourcentage
Clinique	1	1.5
Cscom	48	76.8
Csref	10	12.1
Autres (domiciles)	7	10.6
Total	66	100

Les centres de santé communautaire sont les plus représentés soit **76,8%** des structures.

Tableau XIII : répartition en fonction du temps écoulé entre la référence/évacuation et l'arrivée à l'hôpital

Temps	Effectifs	Pourcentage
Inf 1 heure	18	27,3
2 -6 heures	45	68,2
Sup. 6 heures	3	4,5
Total	66	100

Cette répartition montre que les références qui ont mis **2-6 heures** de temps représentent **68,2%**

Chi 2 = 12.54

p = 0.001856

Le risque statistique est significatif

Tableau XIV : répartition en fonction des moyens de transport utilisés

Moyen de transport	Effectifs	Pourcentage
Ambulance	33	50
Transport en Commun	31	47
Autres (motos)	2	3
Total	66	100

L'ambulance est le moyen le plus utilisé soit **50%** de l'effectif.

Tableau XV : répartition en fonction de l'état maternel à l'admission

Vitalité	Effectifs	Pourcentage
Vivante	64	97.0
Décédée à l'admission	2	3.0
Total	66	100

On note **deux(2)** décès maternels soit **3.0%** de l'ensemble des ruptures utérines.

Cause des décès :

- le 1^{er} était du à une **septicémie** (décès constaté à l'arrivée)
- le second était du au **choc hémorragique** 2mn après son admission

NB : On note que **50** femmes ; ont bénéficiées de la transfusion sanguine iso-groupe, iso-rhésus soit **75.8%** des femmes.

Tableau XVI : répartition en fonction de la tension artérielle (TA)

Tension artérielle	Effectifs	Pourcentage
80/40	2	3.0
90/50	4	6.1
90/60	6	9.1
100/50	4	6.1
100/60	14	21.2
100/70	2	3.0
110/60	4	6.1
110/70	8	12.2
110/80	2	3.0
110/90	1	1.5
120/60	4	6.1
120/70	3	4.5
120/80	6	9.1
120/90	1	1.5
130/80	1	1.5
130/90	2	3.0
140/90	1	1.5
160/10	1	1.5
Total	66	100

Les femmes qui avaient une TA à **100/60 mm hg** représentaient les **21.2%**.

TABLEAU XVII : répartition en fonction des phases du travail d'accouchement.

Phases	Effectifs	Pourcentage
Latence	7	10.6
Active	59	89.4
Total	66	100

Les femmes admises en phase active du travail d'accouchement représentaient les **89.4%**.

Tableau XVIII : répartition en fonction de l'état du bassin de la femme

Bassin	Effectifs	Pourcentage
Asymétrique	2	3.0
Normal	47	71.2
BGR	7	10.6
Limite	10	15.2
Total	66	100

Les **71.2%** des parturientes avaient un bassin normal.

Tableau XIX : répartition en fonction du type de présentation.

Présentation	Effectifs	Pourcentage
Céphalique non engagée	24	36.4
Siège	22	33.3
Transversale	20	30.3
Total	66	100

La présentation céphalique non engagée est de **36.4%** des présentations.

Chi 2 = 3.88

p = 0.274550

Tableau XX : répartition en fonction de l'état des membranes.

État des membranes	Effectifs	Pourcentage
Poches intactes	10	15.2
Poches rompues	56	84.8
Total	66	100

Cette répartition montre que **84.8%** des femmes avaient les poches des eaux rompues.

Chi 2 = 14.94

p = 0.0000111

L'analyse statistique est significative.

Tableau XXI : répartition en fonction des facteurs étiologiques.

Facteurs étiologiques	Effectifs	Pourcentage
Anomalies du bassin	5	7.6
Multiparité	34	51.5
Utérus cicatriciel	19	28.8
Macrosomie fœtale	5	7.6
Manœuvre obstétricale	1	1.5
Administration inapproprié d'ocytocine	2	3.0
Total	66	100

La multiparité est le facteur le plus représenté soit **51.5%** des femmes.

Tableau XXII : répartition en fonction de l'APGAR des enfants.

APGAR	Effectifs	Pourcentage
> ou = 7	2	3.0
Zéro	62	94.0
< 7	2	3.0
Total	66	100

Le pronostic fœtal est sombre avec un **APGAR zéro** pour **94.0%** des naissances.

Les mort-nés frais représentent **87.9%** avec un **P = 0.1817**

Les mort-nés macérés avec **6.1%** des naissances.

On note **4** enfants vivants sur ruptures incomplètes en rapport avec un utérus cicatriciel

Tableau XXIII : répartition en fonction de la localisation de la rupture utérine

Localisations	Effectifs	Pourcentage
Segmento-corporelle en T	3	4.5
Segmento-corporelle en Y	2	3.0
Segmento-Latérale	21	32.1
Rupture postérieure	2	3.0
Segmento-transverse	32	48.4
Segmento-cervicale	5	7.5
Segmento-vaginale	1	1.5
Total	66	100

La localisation la plus représentée est la **Segmento-transverse** soit **48.4 %** des ruptures.

Tableau XXIV : répartition en fonction du type de rupture

Type de rupture	Effectifs	Pourcentage
Complète	57	86.4
Incomplète	9	13.6
Total	66	100

La rupture **complète** est plus représentée soit **86.4%** des cas.

Tableau XXV : répartition en fonction du traitement.

Traitement	Effectifs	Pourcentage
Hystérectomie subtotale	12	18.2
Hystérorraphie	42	63.6
Hystérorraphie + LRT	10	15.2
Hystérectomie totale	2	3.0
Total	66	100

Hystérorraphie simple est la technique la plus utilisée soit **63.6%** des cas.

Tableau XXVI : répartition en fonction du type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Effectifs	Pourcentage
Anesthésie générale	30	45.5
Rachianesthésie	36	54.5
Total	66	100

La rachianesthésie est le type d'anesthésie le plus utilisé soit **54.5 %** des cas.

Tableau XXVII : Répartition des parturientes en fonction du type d'antibioprophylaxie

Type d'antibioprophylaxie	Effectifs	Pourcentage
Monothérapie par Amoxicilline	2	3.0
Bithérapie par Amoxicilline et Metronidazole	48	72.7
Trithérapie par Amoxicilline Metronidazole et Gentamycine	16	24.3
Total	66	100

La bithérapie par Amoxicilline et Metronidazole la plus utilisée soit **72.7 %** des antibioprophylaxies.

PRONOSTIC**Tableau XXVIII : Répartition des parturientes en fonction des suites opératoires**

Suites opératoires	Effectifs	Pourcentage
Complicées d'infection	15	22.7
Simple	50	75.8
Fistule vesico-vaginale	1	1.5
Total	66	100

75.8 % des parturientes avaient des suites opératoires simples

Tableau XXIX : Répartition des parturientes en fonction de la durée de l'hospitalisation

Durée de l'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
0 – 5 jours	46	69.7
> 5 jours	20	30.3
Total	66	100

Cette répartition montre que **69.7 %** des femmes ont une durée d'hospitalisation comprise entre **0 – 5 jours**

ÉTUDE DE CORRÉLATION**Tableau XXX : Relation entre parité et caractère de la rupture**

Type-de rupture	Primipare	Paucipare	Multipare	Grande multipare	Total
Complète	2	8	14	20	44
Partielle	10	6	6	0	22
Total	12	14	20	20	66

La rupture utérine a été complète chez les grandes multipares soit **30.3%** des femmes

Chi 2 = 7.69

P = 0.012

Il y a un risque de corrélation significatif entre parité et rupture utérine

Tableau XXXI : Relation entre rupture utérine et l'état de l'utérus

Etat de L'utérus	Primipare	Paucipare	Multipare	Grande multipare	Total
Uterus cicatriciel	13	6	2	0	21
Uterus intact	2	7	14	22	45
Total	15	13	16	22	66

L'antécédent de césarienne a été observé chez les primipares (**13cas**), soit **19.7%** des femmes. **Chi 2 = 8.76** **P = 0.002810**

Le risque de corrélation est significatif entre rupture utérine et de l'utérus cicatriciel

NB : On note aucun cas de décès maternel chez les femmes porteuses d'une cicatrice de césarienne

COMMENTAIRE ET DISCUSSION

VI – COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les résultats observés au cours de notre étude appellent à certaines réflexions qui sont l'objet de nos commentaires et discussion.

1-La fréquence :

Durant deux ans il a été enregistré dans le service 5838 accouchements.

La fréquence des ruptures utérines par rapport aux accouchements est égale à 1.13% (une rupture utérine pour 66 accouchements).

Ces chiffres sont ceux du service et ne sauraient représenter la situation générale de la région.

Notre service étant la seule structure de deuxième niveau pour toute la région, cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par :

.les évacuations tardives

.le fait que la couverture sanitaire de la région est insuffisante.

Cette pathologie apparaît aujourd'hui encore comme monnaie courante dans les pays en voie de développement où elle constitue un problème majeur en matière de santé de reproduction, SIDIBE M. [24].

Notre taux de rupture utérine est inférieur à celui de Konaré F. [O1] (une rupture pour 56 accouchements), LANKOANDE J. [29] (une rupture pour 44accouchements), DRABO, A. [27] (une rupture pour 13 accouchements) supérieur à celui de SIDIBE M [24] (une rupture pour 113 accouchements) et enfin supérieur à celui de MA ZHIRI [38] au Maroc (une rupture pour 223 accouchements).

2- Les caractéristiques socio-économiques

2-1- L'âge

L'âge moyen de nos patientes est compris entre 20-29 ans avec des extrêmes de 20-40 et plus. Tous les âges de la période de procréation sont représentés. Ce fait a été constaté chez beaucoup d'autres auteurs BAYO A. [30], DIOUF A. [31].

La majorité de nos patientes soit 28,8% ont leur âge compris entre 25 et 29 ans.

KONE M. [16] attribut ce phénomène à l'environnement socioculturel en Afrique et que les âges extrêmes de la procréation constituent les âges à risque ; c'est à dire les ages inférieurs à 15 ans et supérieurs à 35 ans.

Notre étude compte 1 adolescente.

En effet, l'immaturité des bassins chez les femmes mariées précocement, la réduction de l'intervalle entre les grossesses sont autant de facteurs qui exposent ces femmes à la rupture utérine. BAYO A. [30]

2-2- La parité : les grandes multipares représentent 40.9%, les multipares 28.8%.

Les paucipares sont également concernées, elles représentent 18.2 %.

Les primipares ne sont pas épargnées, elles représentent 10.6 %. Valeur statistique significative **p = 0.013704**

Nous rejoignons les auteurs comme BAYO A. [30], DIOUF A. [31], pour dire que la fréquence des ruptures croit avec la parité.

En effet, la multiparité, la réduction de l'intervalle inter génésique la fragilisation de l'utérus par une cicatrice antérieure, les tentatives d'accouchements à domicile, pourraient contribuer à augmenter la fréquence des ruptures utérines dans nos pays.

2-3-Le niveau socio-économique : le niveau socio-économique des parturientes a été apprécié à partir de leur statut matrimonial leur profession et leur niveau d'instruction.

98,5 % des parturientes étaient mariées

98,5% étaient ménagères sans profession

98,5% étaient des analphabètes

Parmi les patientes une était aide soignante soit 1.5%

Ceci prouve que 98.5% des patientes admises dans notre service étaient ménagères analphabètes vivant avec leur mari.

Nous partageons l'avis de Diouf A. [31] qui disait que le bas niveau socio-économique dans nos pays intervient dans la genèse des ruptures utérines, il réduit l'accès aux soins médicaux.

ALIHONOU E. [32] trouve que 60 à 70% des cas de ruptures utérines en Afrique s'observent chez les femmes de classe économiquement faible issues pour la plupart du milieu rural où des zones suburbaines déshéritées.

2-4- La provenance et le mode d'admission.

Par rapport à la provenance géographique : 49 patientes (74,2%) résidaient dans le cercle de Sikasso.

1 patiente (1,6%) résidait en dehors du cercle de Sikasso et 16 patientes dans la ville de Sikasso

En ce qui concerne le mode d'admission de nos parturientes 49 cas (74,2%) ont été référées des structures de première référence. 15 cas (22,7%) sont venus de leur domicile. Valeur statistique significative : **p = 0.000282**

Ce résultat est comparable à celui de DRABO A. [27] qui trouve 94% de patientes référées et 16% des patientes venues de leurs domiciles.

3 - Antécédent

Sur les 66 cas de ruptures utérines, seulement 21 patientes soit 31,8% présentaient un antécédent de césarienne. Valeur statistique significative

p = 0.0002810

Ce résultat est supérieur à celui de LANKOANDE J. [13] qui trouve 7,5% à Ouagadougou.

Cependant, il faut noter l'absence d'antécédent de curetage chez nos parturientes contrairement à certains auteurs comme MERGER R. [33] qui insiste sur le rôle traumatisant des curettes comme facteurs favorisant le risque de survenue et de la rupture utérine.

En ce qui concerne l'intervalle inter gènesique, 69.7% des parturientes avaient un intervalle compris entre 1-2 ans. Valeur statistique significative : **p = 0.000983**

La réduction de cet intervalle est considérée comme facteur de risque en raison des modifications histologiques du muscle utérin M. COSSON [06],

En ce qui concerne la surveillance prénatale 62.1% des cas n'ont subi aucune consultation prénatale. Valeur statistique non significative : **p = 0.122939**

4 – Etude clinique

A l'admission, 16 cas (24.2%) présentaient un état général passable. 2 cas en état général altéré dont un cas décéda 5 min après son admission au cours de la réanimation pré opératoire. Quant à l'anémie, elle fut appréciée par l'état des conjonctives et des muqueuses. Ainsi 12 cas (18.2%) présentaient un état anémique clinique dont 4 cas (6.1%) jugés sévères. DIOUF A. [31] trouve dans son étude 20% d'anémie.

La durée du travail

40% des femmes avaient une durée du travail inférieure ou égale à 48 heures ; 55% des cas avaient une durée de travail comprise entre 48 et 72 heures ; 5% des parturientes avaient une durée de travail de plus de 72 heures.

Chez 92.5% les bruits du cœur fœtal étaient absents .Ils étaient normaux dans 7.5% des cas (cas des ruptures partielles).

5 – Les circonstances de survenues de la rupture utérine

Nous notons dans notre série que 86.4% des cas de rupture utérine sont diagnostiqués à leurs arrivées à l'hôpital. L'examen à l'admission notait une rupture franche (on palpe le fœtus sous la peau).

Dans 30 % des cas il s'agit de rupture au cours d'une tentative d'accouchement à domicile.

Dans 70% des cas la rupture s'est produite dans une formation sanitaire (soit une maternité rurale, soit un centre de santé communautaire ou centre de santé d'arrondissement revitalisé ou soit même dans une structure sanitaire de première référence).

On note qu'aucun cas de rupture ne s'est déroulé à l'hôpital.

6 – Circonstances du diagnostic

Les circonstances de diagnostic ont été variables. Dans 94%, le diagnostic a été évident avant toute intervention devant :

- l'hémorragie extériorisée dans 35.5% des cas,
- la palpation du fœtus sous la peau dans 25%,
- l'état de choc dans un cas de rupture
- l'absence de contraction utérine : 30.5% des cas.

Le diagnostic a été facile dans 81,25% des cas chez CHAMPAULT G. [34] devant l'hémopéritoine et la superficialité du fœtus.

7 – Les facteurs étiologiques :

Théoriquement on distingue les facteurs survenant sur utérus sain et ceux survenant sur utérus cicatriciel.

- Les ruptures survenant sur utérus sain et sur utérus cicatriciel représentent respectivement de 68.2% et 31.8%

Ce résultat des ruptures utérines sur utérus cicatriciel soit 31.8% est inférieur à celui de ALI HONOU [36] au Bénin qui trouve 34.26% dans son étude et supérieur à celui de K. AKPADZA [35] au Togo avec 27.91 %.

Les présentations dystociques, considérées comme causes classiques des ruptures utérines représentent 45% des cas, contre 48% chez KONARE F. [01]

Nous avons également relevé 2 cas de macrosomie (poids de naissance supérieur à 4000g). Ces différentes causes ont été retrouvées dans la littérature à des taux variables chez ALIHOUNOU E. [36], BAYO A. [30], CHAMISO B. [37], CHELLI H. [18], DIOUF A. [31], et LANKOANDE J. [22].

La multiparité, la réduction de l'intervalle entre les grossesses, le bas niveau socio-économique, le manque ou l'insuffisance de surveillance de la grossesse et de l'accouchement en zone rurale et l'analphabétisme constituent les facteurs les plus fréquentes ALI HONOU E. [32]

Cependant, il faut signaler l'absence de malformation utérine, d'antécédent de curetage et de myomectomie chez nos parturientes.

7 -1- les ruptures iatrogènes : ce sont des ruptures liées à l'accoucheur

Les manœuvres obstétricales sont responsables de 1.5% des ruptures utérines.

Ce résultat est comparable à celui de K AKPADZA [35] qui trouve 2,32% de causes liées aux manœuvres.

On note également l'administration inappropriée d'ocytocine dans 3,0% des cas. ZINE S [21] a trouvé dans son étude 53,8% de ruptures iatrogènes dont 23,1% d'utilisation d'ocytocique.

7 -2-les ruptures survenant sur utérus cicatriciel

Tableau XXXV : la fréquence des ruptures sur utérus cicatriciel dans la littérature

Auteurs	Pays	Pourcentage (%)
SOLTAN MH. [19]	Riyadhdaudi arabia	54.5
K. AKPADZA [35]	Togo	27.91
ALI HONOU [32]	Bénin	34.26
MA. ZHIRI [38]	Maroc	61
DIOUF A. [31]	Sénégal	60
DRABO A. [27]	Mali (Mopti)	24
SIDIBE M. [24]	Mali (Sikasso)	18.9
KONARE F. [01]	Mali(Mopti)	14.3
NOTRE ETUDE	Mali(Sikasso)	31.8

Les désunions de cicatrices utérines qui sont les formes de ruptures actuellement observées dans les pays fortement médicalisés, ne représentent que 31.8% dans notre série. Ces 21 cas sur 66 concernent des utérus uni et bi cicatriciels.

Un tissu cicatriciel présente toujours moins de souplesse et d'élasticité que le tissu sain F. VENDITELLI [39].

8 – Les lésions anatomiques

Le siège de la rupture est très variable. Il s'agissait d'une rupture complète dans 44 cas (66.7%) contre 22 cas de ruptures incomplètes soit 33.3%.

Le siège de la rupture était segmento-transverse dans 31 cas (46.9%) segmento-laterale dans 21 cas (32.1%), typiquement corporo-cervicale dans 3 cas (4.5%) des cas et rupture postérieure dans 2 cas (3%) des cas.

Selon MA. ZHIRI [38] la rupture siège de préférence au niveau du segment inférieur, ce qui est conforme aux constatations faites dans notre étude.

Les principales lésions associées à la rupture utérine sont représentées par la déchirure du col utérin 3cas (4.5%), la déchirure du vagin 1cas (1.5%), lésions vésicales 1cas (1.5%) et Diouf A. [31] trouvé dans son étude 20 cas d'hématome du ligament large, 5 cas de lésions du pédicule et 1 cas de plaie vésicale.

9 – Les aspects thérapeutiques de la rupture utérine

La rupture utérine étant une urgence obstétricale majeure, le traitement doit être conduit sans délai. Ce traitement est surtout curatif, mais il peut également être préventif.

Le traitement de toute rupture reconnue est d'abord chirurgical. Il est encadré par la réanimation pré, per et post opératoire.

Le but du traitement : est d'assurer une hémostase correcte des lésions et si possible les réparer.

Au total 52 parturientes (78.8%) ont bénéficié d'une hystérorraphie en surjet au vicryl n°1. Aucune Hystérorraphie n'a été faite en points simples séparés, ni avec des points en X ou en U, aussi bien dans les césariennes que dans les ruptures.

En sachant que le service de gynéco obstétrique de l'hôpital de Sikasso est entièrement tenu par deux gynécologues obstétriciens de nationalité malienne, et chinoise on pourrait penser que la pratique des points simples est une question d'école.

9-1-La réanimation : elle doit être, selon les cas, pré, per et post opératoire. Mais il n'y a pas de service de réanimation digne de ce nom ni de salle de réveil à l'hôpital de Sikasso.

Pour la transfusion, les sachets de sang ne sont obtenus que par l'intermédiaire des donneurs familiaux qui sont les seuls donneurs et cela au pris d'une longue sensibilisation.

9-2-Le traitement de l'infection :

Le traitement de l'infection a été fait suivant les règles de la mono ou bithérapie chez la quasi totalité de nos patientes. Les associations utilisées ont été :

La monothérapie par amoxicilline utilisée chez 3.0%, la bithérapie par amoxicilline et metronidazole chez 72.7% et la trithérapie avec amoxicilline-metronidazole et la gentamycine chez 24.3%.

NB : ces médicaments se trouvent dans le kit gratuit de césarienne.

Le coût du traitement

Le coût est 100% gratuit pour les patientes et leurs parents car la prise en charge fait partie de la politique nationale de la gratuite de la césarienne instaurée en 2006 sur toute l'étendue du territoire national.

10 Pronostic

10-1- Pronostic maternel

Nous avons enregistré dans notre étude 2 décès (3%) au total dont 1 cas soit (50%) par choc hémorragique et 1 cas soit (50 %) par septicémie.

Un décès constaté par choc hémorragique 2 minutes après son admission au cours de la réanimation préopératoire car son état ne permettait pas une laparotomie d'urgence.

Du point de vue de la morbidité, 1 cas de fistule vésico-vaginale a été enregistré.

Les complications tardives ont été la survenue de suppuration pariétale chez 10 de nos patientes soit 15.2% et 5 cas d'endométrite soit 7.5%.

LH.ILOKI [15] dans son étude à Brazzaville au Congo a trouvé un cas de fistule vésico-vaginale (1,6%) et un cas d'occlusion intestinale (1,6%) associés à la rupture utérine.

10-2-Le pronostic foetal

La mortalité foetale est très élevée, soit 94% des cas. Elle résulte de la souffrance foetale aigue qui est liée à l'arrêt de la circulation utéro-placentaire.

Nous avons enregistré 4 enfants nés vivants. Les 4 avaient un score d'Apgar compris entre 7 et 10 à la 5^{ème} minute (cas des ruptures partielles).

Sur les cas de rupture survenus sur utérus cicatriciels, deux enfants étaient vivants. Ce résultat est conforme aux données de la littérature où le pronostic foetal est jugé meilleur par rapport aux ruptures sur utérus sain grâce au fait qu'il y a peu d'hémorragie et de souffrance foetale.

11- Type de référence

La référence sanitaire en obstétrique est souvent tardive. La référence intervient après que le personnel soignant en périphérie ait tenté toute thérapeutique en leur connaissance.

Nous constatons dans cette étude que malgré le manque de moyen financier et de transport soit signalé, la décision de référence par le personnel soignant intervient en retard. C'est plus donc la méconnaissance du risque obstétrical par le personnel soignant dans les centres périphériques qui est à la base de ce retard.

Dans notre série, c'est les matrones et les infirmières obstétriciennes qui sont à la base de ce manque de décision. Cette affirmation semble être prouvée au regard du temps moyen de séjour en maternité périphérique et du temps écoulé entre la référence et l'arrivée à l'hôpital (**2- 6 heures**) soit **68.2%** des temps mis.

CONCLUSION :

La rupture utérine est une urgence chirurgicale.

Elle constitue une des principales causes de mortalité maternelle au Mali.

Les grandes multipares sont les plus affectées.

La désunion de cicatrice de césarienne, la dystocie mécanique et l'usage abusif des ocytociques sont les principales causes de cette complication de l'accouchement.

La prise en charge précoce par les différentes techniques chirurgicales (l'hystérorraphie et l'hystérectomie) a permis de réduire considérablement la mortalité et la morbidité liées à cette complication de l'accouchement.

RECOMMANDATION :

A l'endroit des autorités politiques et administratives

Intensifier l'extension de la couverture sanitaire sur toute l'étendue du territoire national

Intensifier et généraliser l'organisation du système de référence évacuation dans les communes.

Assurer l'équipement et le rééquipement des services de santé

Développer et améliorer les voies de communication, les moyens de transport et l'état des routes.

Repartir de façon satisfaisante et équitable les agents en fonction des besoins sur toute l'étendue du territoire national.

Il s'agit d'améliorer dans sa conception et son exécution une stratégie de l'accouchement à moindre risque à l'échelle nationale.

A l'endroit de la Direction de l'hôpital de Sikasso

- Mettre en place un système de sécurité transfusionnelle
- Planifier la formation continue des agents dans la prise en charge de la grossesse et des urgences obstétricales.
- Créer un service de réanimation de qualité à l'Hôpital de Sikasso.
- Équiper le service de gynéco obstétrique en matériel adéquat (ventouse, matériel de réanimation du nouveau né et d'épisiotomie, table d'accouchement, lits, cardiotocographe)
- Participer à la mise en œuvre et le fonctionnement du système de référence évacuation conformément à la politique nationale en périnatalité.
- Planifier les stratégies de prévention des hémorragies du troisième trimestre

A l'endroit des agents socio sanitaires :

Intensifier l'I.E.C à l'endroit des communautés en l'occurrence sur les risques liés à l'accouchement à domicile, le travail prolongé, les pratiques traditionnelles néfastes et la non reconnaissance des signes de complication de la grossesse.

Réussir une bonne organisation des services pour un meilleur accueil et prise en charge des parturientes

Faire des consultations prénatales de qualité.

Utiliser correctement le partogramme dans la surveillance du travail d'accouchement

Interpréter correctement les anomalies du partogramme en vue d'une référence à temps

Bonne qualification des agents de santé dans la prise en charge des urgences obstétricales.

A l'endroit des communautés :

Une plus grande participation aux efforts de développement du système sanitaire du pays notamment l'extension de la couverture sanitaire et l'organisation du système de référence évacuation.

Une plus grande fréquentation des consultations prénatales et ce dès le début de la grossesse.

Eviter les retards dans les recours aux soins.

Accoucher dans les structures médicalisées.

Participer à la dotation de banque de sang par des volontaires.

IX – REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

01-KONARE F.

Ruptures uterines a l' hospital Somino Dolo de Mopti a propos de 56 cas [Mali]
These de Medecine 2008-M-306

02-DU JARDIN B., VANBALEN H.

L'initiative pour une maternité sans risque: quelles perspectives J. Gynécol. Obstét.
Biol.-Reprod.1991, 20,397-405.

03-DOLO A ., KEITA B., DIABATE F.S., MAÏGA B.

Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 21 cas observés au service
de gynéco obstétrique de l'hôpital national du Point G. Med. D'Afr. Noire : 1991,
3812, 133-134.

04-THIERO M.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré : à
propos de 160 cas Thèse Médecine Bamako 1985 n°17

05- LYNCH J. C. ; PARDY J. P.

Utérine rupture and scar dehiscence: a five-year survey.
Anaesthesia & intensive care, 1996, (24), 6: 699-704

06- COSSON. M, DUFOUR. PH, NAYAMA. M, VINATIER. D, MONIER. JC

Pronostic obstétrical. Reprod .1995, 24,434-439.

07-YARON Y.,SHENHAV M .,JAFFA A.J.,LESSING J.B.,PEYSER M.R.

Utérine rupture at 33 weeks gestation subsequent to hysteroscopie uterine
perforation.

Am. Jr . Ogstet.Gynecol.,1994,3:786-7

08-DIAKITE M.

Les ruptures utérines. A propos de 4 cas observés à Bamako. Thèse de médecine Bamako, 1995, N°1

09-PHUAPRADIT W.,HERABUTYA Y.,SAROPALA N.

Utérine rupture and labor induction with prostaglandins.

Jr.of the medical association of Thailand, 1993,(76),5:292-5;

10-DRAVE N.A ; PHELAN J.P.

Etude rétrospective de la mortalité maternelle dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital national du point G de 1991 à1994 : à propos de 103cas Thèse de Médecine Bamako, 1996, N° 39.

11-SEGUY B., CHAVINE J.MICHELON B.

Nouveau manuel d'obstétrique, (III), 2^{ème} édition

12-MERGER R.,LEVY J.,MERCHIOR J.

Précis d'obstétrique, 1997, 5^{ème} édition.

13-LANKOANDE J.,OUEDRAGO CH . , TOURE B .; OUEDRAGO A., DAO B.

Les ruptures utérines obstétricales à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou. Médecine d'Afrique Noire : 1998,41(1) : 604-607.

14-Rupture Utérine : forum au féminin

Forum au féminin . com /- - /

F1761_F673-Rup-Ut .html

15-ILOKI. LH, OKONGO. D, EKOUND ZOLA. J.R

Les ruptures utérines en milieu Africain, 53 cas colligés au CHU de Brazzaville,J. Gynécol. Obstét., Biol.,Reprod ; 1994,23,922-25.

16- KONE. M, DIARRA. S

Les ruptures uterines au cours de la grossesse Encycl med. Chir (Paris – France.Obstétrique 1995,N 4).5-080-A-10 78

17-TRAORE Y.

Les ruptures utérines à l'hôpital national du point G : facteurs influençant le Médecine Bamako, 1996, n) 27.

18- CHELLI H, CHELLY M, KHROUF M.

Deux cas de rupture utérine sur corne rudimentaire Tunisie médicale , 1987 ,65, 2 :143-147

19-SOLTAN MH ., KHASHOGGU T., ADELUSI B.

Pregnacy following rupture of prognant uterus international journal of gynaecology and obsetric, 52(1) : 42,1996 jan.

20-NAVDIN F ., MUNYEMANAS., SEBAZINGU P ., CLERGET., GURNAUD JM.

Les ruptures utérines en Rwanda (à propos de 87 cas). Med. Trop.1983 ; 43 :37-43.

21-ZINE S., ABED A., MOUELHIT., CHELLI H.

Les ruptures utérines au cours du travail à propos de 106 cas observés au centre de Maternite de Tunis (Tunisie). Rev ; Fr. Gynécol.Obstét.,1995 ,90, 3 ,166 ,173

22- LANKOANDE. J, OUEDRAGO. CH, OUEDRAGO. A, DAO. B, KONE. B

La mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou (Burkina Faso) à propos de 123 cas. Médecine d'Afrique noire : 1998,45(3) 187-90

23-BEHRENS O.GOESCHEN K ,JACOB H, KAUFFELLS W.

Geburtseinleitung mit prostagladin E2-Gelbei Zustand nach sectio. Geburstshilfe und frauen heikundi, 1994, 54, 3: 144-50

24-SIDIBE. M.

Ruptures utérines expérience d'une structure de deuxième référence (le service de Gynéco Obstétrique de l'hôpital de Sikasso) 00-M-100,1-3 ;70-90 .1999

25-HEIJ H A,TE VELDEE R , CAIRNS JM

The treatment of rupture of the pregnant uterus. Analysis of 93 cases treated in a rural hospital in Zambia.

Int jr gynaecol obstet, 1984, 22: 415-420

26-TRAORE M., DIABATE F.S., DOLO A.

La ligature des trompes : indication au cours de la césarienne : à propos de 91 cas colligés en 3 ans dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du point « G » à Bamako Mopti

27-DRABO A.

Les ruptures utérines à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti : facteurs influençant le pronostic materno foetal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas. Thèse de Médecine Bamako .2000, N°7.

28-KAMINA P .

Dictionnaire d'anatomie (atlas), GO

29-KEITA N., DIALLO MS.,JAZY Y.,BARRY MD.,TOURE B.

Les ruptures utérines; A propos de 155 cas observés à Conakry (République de Guinée) J.Gynécol. Biol. Réprod.1989 ;18 :1041-1047.

30-BAYO A.

Les ruptures utérines à propos de 58 cas recensés à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de Médecine, Bamako, 1991, No1

31-DIOUF A.,DAO B.,DIALLO D., MORENRA P., DIADHIOU F.

Les ruptures utérines au cours du travail d'accouchement : expérience d'une maternité de référence à Dakar (Sénégal). Médecine d'Afrique Noire : 1995,42 (11) 594-597.

32 ALIHONOU E.; AGUESSY. ; AHYI B.; AKOCHOU.

Les ruptures utérines, facteurs favorisants et mesures prophylactiques. Dakar Méd. ; 1983,28, 3,553-559

33- MERGER. R, LEVY. J, .MELCHIOR. J

Précis d'obstétrique, 6ème édition, Masson, Paris? 1995

34-CHEN YU

Analyse clinique de 126 cas de la rupture utérine observée au niveau de l'hôpital régional de sikasso. Mali Médical 1998, Tome VIII, N° 3-4, p.31-331

35-AKPADZA. K, KOTOR. K.T, BAETA. SB, HODONOU. A.K.S

Les ruptures utérines au cours du travail au centre hospitalier de SOKODE (Togo) Médecine d'Afrique Noire : 1994,41(11) :604-1047.

36-LYNCH J.C.,PARDY J.P.

Utérine rupture and scar dehiscence: a five-year survey.
Anaesthesia & intensive care,1996 , (24),6 : 699-704

37-CHAMISO B.

Ruptures of pregnant uterus in shashemene general Hospital, South, Shoa, Ethiopia (a three year study of 5 cases Ethiopian Medical journal-33(4); 25,-7, 1995 oct..

38-MA. ZHIRI

Les ruptures utérines : à propos de trente deux cas .
Rev .Fr .Gynecol.,Obstet., 1994(89),2 :77-89.

39- VENDITTELLI. F, TABASTE. J.L, LABARCHEDE. C

Rupture utérine sur utérus antérieurement césarisé. Revue de littérature à propos de deux cas. Rev.Fr. Gynécol-Obstét., 1993, 88,5.

40-Rupture Utérine en cas d'accouchement ulterieur

WWW.docteur-benchimol.com/césa-html

41-Rupture Utérine : WWW.chu.roumt.

FR/SSF/- -/rup-ut_html

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE CAS

NUMERO DE DOSSIER=

ANNEE=

Identité de la femme

1. Numéro de dossier =

2. Age /.../

3. profession /.... /

4. Résidence /... /

a- Sikasso ville b – cercle de Sikasso c – hors du cercle de Sikasso

5. Ethnie / /

6. Statue matrimoniale /... /

a - Mariée b - Célibataire c - Veuve d - Divorce

7. Niveau d'instruction / /

b - Niveau primaire d - Niveau supérieur
c – Niveau secondaire

ANTECEDENTS

8. Antécédents médicaux /... /

a – HTA b – Diabète c – Drépanocytose
d – Cardiopathies e – Aucun antécédent f – Inconnus

9. Antécédent chirurgicaux / ... /

a - Oui b – Non

10. Antécédents obstétricaux / /

a - oui à préciser /...../

b – non

11. Gestite / ... /

a = Primigeste b = G2 - G4 c = G5 - G6 d > G6

12. Parité / /

a = Nullipare b = Primipare c= P2-P4 d = P5-P6 e > P6

13. Consultation prénatale / /

a = 0

b = 1 - 3

c = 4 ou plus

14. Nombre d'enfants :

a = vivants/.../

b = DCD/.../

d = nombre de mort-né/.../

e = nombre d'avortement/.../

15. Intervalle inter-général / /

1 = < 1 an

2 = [1-2 ans]

3 = > ou = 2 ans

MODE D'ADMISSION : REFERENCE/EVACUATION

16. Femme referée / / Évacuée/...../ Auto-reference/...../

17. Si oui Referee par / /

A - médecin

b - sage femme

c - infirmière obstétricienne

D - venue d'elle-même

e - matrone

18. Genre d'établissement de santé qui a referée/évacuée la patiente / /

a - Cscm

B - Centre de santé de référence

c - clinique

privée

19. Temps écoulé entre la référence/évacuation et l'arrivée à l'hôpital / ... /

A - moins d'une heure

b - entre 2 et 6 h

c - plus de 6 h

20. Type de référence / /

a - référence verbale

b - fiche de référence adaptée

c - partogramme

d - fiche de référence non adaptée

e - partogramme + fiche

21. Moyen de transport utilisé pour arriver à l'hôpital / /

A - ambulance

b - véhicule privé

c - transport en commun

d - autres à préciser

22. Durée du séjour de la patiente dans l'établissement de santé qui l'a referée / ... /

A - moins de 12h

b = 12 - 24h

c > 24h

23. Motif de référence / /

A - rupture utérine

b - présentation vicieuse

c - dilatation stationnaire

d - utérus cicatriciel

e - bassin généralement rétréci

f - macrosomie fœtale

g - grossesse gémellaire

h - autre à préciser

ETAT DE LA PATIENTE ET DU FOETUS A L'ARRIVEE DANS LE SERVICE**24. Décédée :**

- a- l'arrivée
- b- temps entre admission et décès/...../

25. vivante :**Examen à l'entrée :**

- a – État général/...../ b – Conjonctives/...../
- c – **TA**/...../ d – Pouls/...../
- e - État de conscience/...../ f- Température/...../
- g – phase de latence/.../ h – phase active/.../
- i – age de la grossesse/.../

- j – Bassin** : Normal/.../ limite/.../ BGR/.../ Asymétrique/.../
- k – Présentation** : céphalique engagée/.../ siège/.../ transversale/.../
- l – État des membranes /...../**
- a = poches des eaux rompues b = poches des eaux intactes
- m – Rupture constatée a l'arrivée /...../ oui/non**

- 26. Voie veineuse / ... / oui/non**
 Si oui /...../ a - cathéter b - aiguille simple

- 27. groupage rhésus / ... /**
 a – oui b – non

- 28. Taux d'hémoglobine / ... /**
 a = si oui résultats [.....] b = non

- 29. Le diagnostic a l'entrée concorde t – il avec le motif de référence/évacuation /.../**
 a = oui b = non

ETHIOLOGIQUES DES RUPTURES UTERINES

- 30. Maternelles / ... /**
 a – anomalie du bassin b – multiparité
 c – utérus cicatriciel d – fibrome utérin praevia

31. Fœtales / ... /

- a – type de présentation /...../
- b – macrosomie fœtale
- c- hydrocéphalie

32. iatrogènes / /

- A – utilisation inappropriée d’oxytocique
- C - manœuvre obstétrical
- b - extraction instrumentale
- d - expression utérine

33. Le fœtus a la naissance / /

- a – vivant apgar [1mn/.../et 5mn/.../]
- d – Taille/...../
- h – Mort-né frais
- b- sexe/.../
- e – PC/.... /
- i – Malformations
- c – poids/...../
- f – PT/...../
- g – mort-né macéré

34. Prise en charge de la patiente dans le service

- 1 - sondage en urgence
- 2 - groupage en urgence
- 3 - taux d’hémoglobine
- 4 - remplissage
- 5 - transfusion : - sang disponible/..../
- Sang non disponible/..../
- 6 - disponibilité du kit :.....
- 7 - laparotomie d’urgence :
État des lésions /...../
- 8 - **localisation de la rupture:**/...../
- 9 - **Type de Rupture**/...../
a – rupture complète b – rupture partielle
- 10 - **Traitement** : /.../
a – hystérorraphie simple b – hystérorraphie +LRT
c – hystérectomie subtotale d – hystérectomie totale

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : BAGAYOKO

PRENOM : Dramane Mamadou

TITRE DE LA THESE : Etude de la rupture utérine à l'hôpital de Sikasso de janvier 2007 à Décembre 2008 à propos de 66 cas.

Année : 2012-2013

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la F.M.P.O.S

Secteurs d'intérêt : Santé publique et Gynécologie Obstétrique

RESUME :

Il s'agit d'une étude rétrospective et analytique portant sur la rupture utérine dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital de Sikasso du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008 sur 66 cas.

Il ressort de notre étude que les femmes de la tranche d'âge : 25-29 ans, les grandes multipares étaient les plus touchées.

On note 2cas de décès maternels soit 3% des cas.

Le pronostic fœtal est sombre avec 94% des cas.

Les principaux facteurs de risque retrouvés sont : la multiparité (42.4%); les utérus cicatriciels (31.8%) .

Mot-clé : mortalité maternelle, fœtale, hémorragie, évacuation tardive.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure