

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi



U.S.T.T-B

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO**



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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

TITRE

**Aspects épidémiocliniques et
thérapeutiques de la rupture utérine dans le
service de gynécologie obstétrique de
l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2023 devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**Par : Mme. Fadimata WALET Hamed
SALEH**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'État)**

Jury

Président : Mr Bréhima BENGALY, Maître de conférences

Membre : Mr Mamadou SIMA, Maître de conférences

Co-directeur : Mr Pierre COULIBALY, Gynécologue

Directeur : Mr Tioukani Augustin THERA, Maître de conférences

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicaces :

Je dédie ce travail :

À ma défunte mère : Feue Mariam Daou

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que tu as consentis pour moi en me donnant la vie, pour notre éducation et notre bien-être. Tu as fait de moi ce que je suis aujourd'hui, dommage que je n'ai pas pu profiter de cet amour puisque tu es parti plutôt mais si tu m'entends, sache que je t'aime de tout mon cœur. Je suis fier d'être ta fille, ton absence physique me frustre mais tu seras toujours présente dans nos cœurs. On m'a fait raconter tes qualités de femme de foyers parfaite, de ton amour propre et de tes sacrifices envers tes enfants et les enfants d'autrui, de tes principes, de ta dignité, de ta loyauté envers ceux que vous aimez. Et ces qualités, je me suis forgé à les développer en moi.

Ce travail serait plus magnifique si tu étais là, à mes côtés, mais Dieu à décider autrement. Dors en paix chère mère. Que Dieu le Tout Puissant, le miséricordieux soulage tes souffrances en t'accorde son paradis. Amen !

À mon père : Hamed Ag Moussa

Tu as été pour moi, un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans L'accomplissement du travail bien fait. Tu m'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 le témoignage de tous les sacrifices que tu as consentis pour moi. Ce travail est le fruit de tes conseils, de ton estime et de ta confiance.

À mes frères et sœurs :

Vous êtes la prunelle de mes yeux, ma source d'inspiration et de motivation au quotidien. Grace à vous je sais que j'aurai toujours des gens sur qui compter

dans la vie. Vous rendre fiers, faire bonheur est ce en quoi j'aspire car rien ne vaudra jamais la famille et je serai toujours là pour vous.

Mes cousins et cousines :

J'ai appris avec vous que la tolérance, la solidarité, le partage, la taquinerie dans le respect sont les moyens de renforcement des liens de sang, et de famille. Vous êtes et vous serez toujours un support moral. Grace à vous cette joie qui fait l'harmonie de la vie en famille ne m'a jamais manqué.

Ce travail est le vôtre. Soyez assurés de mon profond attachement.

À mon oncle Idrissa Maiga :

Plus qu'un père vous avez été pour moi un guide, un ami et un confident. Vous m'avez soutenu sur tous les plans. Trouvez en ce travail mes remerciements et ma reconnaissance les plus sincères.

Que dieu guide vos pars et fasse de vous une étoile brillante. Amen !

A mon beau-frère Dr Moussa Fomba :

Vous êtes pour moi une référence et un confident. Vous m'avez soutenu durant tout mon cycle universitaire. Trouvez en ce travail mes remerciements et reconnaissance les plus sincères.

Qu'Allah vous benisse et vous garde longtemps. Amen !

A feu Dr Mathias Diassana :

Vous étiez une personne avec tellement de qualités que je ne saurais les citées.

Vous nous avez été violemment arrachés de nos bras mais nous appartenons tous à ALLAH et c'est vers lui que nous retournerons.

Cher maitre nous ne cesserons jamais de vous remercier et prier pour le repos éternel de votre âme au paradis. On ne vous oubliera jamais.

Remerciements

A ALLAH ;

Le tout puissant, le clément et le très miséricordieux. Nous implorons votre pardon et prions pour que vous nous assistiez dans nos actes quotidiens, que vous nous montriez le droit chemin en nous éloignant du mal.

Gloire à Dieu, l'omniscient, le Maître des maîtres qui nous a permis de mener à bien ce travail et de voir ce grand jour. Que votre volonté soit faite.

Au Prophète Mohamed (paix et salut sur lui) ; que la paix et la bénédiction de Dieu soient sur toi et tous les membres de ta famille ainsi que tes fidèles compagnons.

À tous nos maitres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.

Je vous remercie pour la qualité des enseignements que vous nous avez prodigués tout au long de notre formation. Soyez rassurés, « Je rendrai à vos enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères ».

Mes frères, sœurs, cousins et cousines : Ibrahim Ag ; Moussa Ag ; Siaka Ag ; Adiaratou Walet ; Aya Walet ; Kadiatou Walet ; Mariam Walet ; Assa Djiré ; Madi Djiré ; Moussa Daou ; Fatimoutou...

À toutes mes tantes et tontons : Aucun langage ne saurait exprimer mon respect et ma considération pour vos soutiens et encouragements.

Aux familles Maiga à Boukassombougou, Traoré à Mopti, Sy à Dioila , Fomba à Missabougou,

Veillez trouver dans ce travail un modeste témoignage de mon admiration, de ma gratitude, de mon affection la plus sincère et de mon remerciement le plus profond pour votre encouragement et votre soutien moral durant toutes mes années d'étude.

À mon Mari Dr Amadou BALLO et ma belle-famille : je reste sans voix devant votre preuve de bonne foi à travers votre disponibilité, vos soutiens. Je laisse le soin au tout puissant de vous combler de sa grâce et de sa miséricorde. Trouvez dans ce travail ma reconnaissance.

A Dr Pierre COULIBALY ; Dr Seydou Nanko BAGAYOGO ; Dr Amadou BALLO ; Dr Ibrahima CISSE ; Dr Housseyni KANTE ; Dr Amadou SARAMPO ; Dr Mama SAMASSEKOU ; Dr Sorry KANTA ; Dr Moussa FOMBA ; Dr Nouhoum SAMASSEKOU ; Dr Amadou DANFAGA pour leur soutien inestimable et précieux dans l'élaboration de ce document.

À tout le personnel de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti :

Dr COULIBALY.P ; Dr BAGAYOGO.S ; Dr TRAORE A ; Dr DIABY ; Dr Guindo O ; Dr Dienta; Dr Guindo A, Dr Thera ; Dr Coulibaly Modibo ; Dr CISSE.A ; Dr Samassekou A ; Dr Kone Mory; Dr Konde A ; Dr Sidibe L ; Dr Traore Kaman ; Dr Djoubalo ; Dr Coulibaly k ;Dr Koné I ;Dr Traoré D ;Dr Diancoumba D ;Dr coulibaly S ; Dr Toure A ...

A tout le personnel du service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

À tous mes collègues thésards de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti ;

Sarampo.A ; Ouologuem.A ; Ganame.M ; Djongo.S ;Konekeou.O ;Dembele.K ;Nientao.K ;Touré.A ; Togo.A ; Kontao.A ; Diallo.A ; Traore.S ; Kone.M ; Maiga.F merci pour votre coopération et votre soutien pour ces moments passés ensemble.

Aux sages-femmes du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hopital Somine Dolo de Mopti.

Aux infirmières et infirmiers de l'hopital Somine Dolo de Mopti.

Aux anesthésistes et aux aides de bloc de l’hôpital Somine Dolo de Mopti.

A tout le personnel du laboratoire de l’hôpital Somine Dolo de Mopti.

Aux externes de l’hôpital Somine Dolo de Mopti : Idrissa Maiga ; Mohamed Traoré ; Amadou Karakodio ; Kondo

A tous ceux qui me sont chers et dont les noms ont été omis, l’erreur est humaine, je vous porte tous dans mon cœur.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Bréhima BENGALY

- Maître de conférence agrégé à la FMOS ;
- Praticien hospitalier au CHU du point G ;
- Spécialiste en chirurgie générale ;
- Master en pédagogie ;
- Membre de la société de chirurgie du Mali ;
- Diplôme inter universitaire en coeliochirurgie à l'université de Montpellier

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations, prouve votre générosité et votre modestie.

Votre amour pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique, font de vous un maître admirable.

Recevez ici l'expression de notre gratitude et de nos profonds respects.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Professeur SIMA Mamadou

- Gynécologue-Obstétricien au CHU du point G ;
- Maître de conférences de gynécologie et d'obstétrique à la FMOS ;
- Praticien hospitalier au CHU du point G

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Nous avons été marqués par vos qualités humaines, votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait.

Merci pour la patience que vous avez manifestée à notre égard. Veuillez accepter, cher maître l'expression de notre respect et de notre éternelle reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Pierre COULIBALY

- Gynécologue- Obstétricien à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti ;
- Praticien hospitalier ;
- Chef de service de la Gynécologie- Obstétrique à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti ;
- Attaché de recherche ;
- Chargé de cours à l'institut National de Formation en Science de Santé (INFSS) de Mopti ;
- Membre de la SOMAGO (Société Malienne de gynécologie-obstétrique) ;
- Point focal de « One stop center » à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti

Cher Maître ;

Ce jour est le vôtre, vous nous avez accordé votre confiance en nous confiant ce travail.

Vous nous avez accueillis et traités dans votre service avec respect et amour.

Vous avez su inculquer en nous la rigueur, l'honnêteté, le sens du sacrifice et du travail bien fait.

Votre esprit communicatif, votre détermination à faire avancer la science font de vous la vitrine de la nouvelle génération.

Nous sommes très fiers d'avoir appris à vos côtés ;

Permettez-nous aujourd'hui de vous exprimer toute notre profonde gratitude pour le savoir que vous nous avez transmise.

Puisse ALLAH le tout puissant vous garde encore plus longtemps auprès de nous.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur THERA Tioukani Augustin

- Chef de service de gynécologie obstétrique du point G ;
- Maître de conférences Agrégé en gynécologie obstétrique ;
- Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (France) ;
- Diplôme d'Etude Universitaire en Thérapeutique de la stérilité-Universitaire de Paris IX(France) ;
- Diplôme Européen D'endoscopie et d'Echographie Gynécologie et obstétricale : Université d'Auvergne, clemont Ferrant (France) ;
- Diplôme inter Universitaire d'Echographie Gynécologique et Obstétricale : Université de Paris Descartes ;
- Membre de société africaine et française de gynécologie obstétrique ;
- Président de la commission médicale au CHU du point G

-

Cher Maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en encadrant ce travail.

La simplicité, la disponibilité et l'extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez.

La clarté de vos explications, la qualité de votre raisonnement ainsi que votre accueil chaleureux font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

SIGLES
ET
ABREVIATION

LISTE DES ABBREVIATIONS

ATCD : Antécédent

AVP : Accident de la Voie Publique

BCF : Bruit du cœur fœtal

BGR : Bassin généralement rétréci

CAP : centre d'animation pédagogique

CCC : Communication pour le changement de comportement

CED : centre d'éducation pour le développement

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIVD : Coagulation intra vasculaire disséminée

Cm : Centimètre

CMDT : Compagnie Malienne de Développement des Textiles

CPN : Consultation prénatale

CPON : Consultation post natale

CSCom : Centre de santé communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

Dr : Docteur

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Gr : Gramme

GT : Gabriel Touré

HCG : Hormone chorionique gonadotrope

HSDM : Hôpital SOMINE DOLO de Mopti

HTA : Hypertension artérielle

IFM : Institut de Formation des Maîtres

IIG : Intervalle inter génésique

Km² : kilomètre carré

ml : Millilitre

Mg : milligramme

Mmhg : millimètre de mercure
NFS : Numération formule sanguine
ORL : Otorhinolaryngologie
P : Probabilité
PAD : pression artérielle diastolique
PAS : pression artérielle systolique
PEV : Programme Élargie de Vaccination
PF : Planning familial
RU : Rupture utérine
SAA : Soins après avortement
SFA : Souffrance fœtale aigue
SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence
SONUC : Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence Complet
SPSS: Statistical package for the social sciences
URENI : Unité de Réhabilitation et d’Éducation Nutritionnelle Intensive
USA: United State of America
VME: Manoeuvre par Version Externe
VMI : Manœuvre par Version Interne
% : Pourcentage
 \geq : Supérieur ou égal
 \leq : Inférieur ou égal
 $^{\circ}$: Degré

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge	62
Tableau II : Répartition des patientes selon le statut matrimonial	62
Tableau III: Répartition des patientes selon la profession	63
Tableau IV: Répartition des femmes selon le niveau de scolarisation	63
Tableau V: Répartition des patientes selon la résidence	64
Tableau VI : Répartition des patientes selon la parité.....	64
Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.	65
Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux	65
Tableau IX: Répartition des patientes selon le mode d'admission	66
Tableau X : Répartition des patientes selon le moyen de transport	66
Tableau XI: Répartition des patientes selon les motifs d'évacuation.....	67
Tableau XII : Répartition des patientes selon les structures de référence.....	67
Tableau XIII : Répartition des patientes selon la tension artérielle (TA).....	69
Tableau XIV : Répartition des patientes selon le pouls	69
Tableau XV : Répartition des patientes selon le l'état du bassin.....	70
Tableau XVI : Répartition des patientes selon le mode de déclenchement du travail d'accouchement	70
Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'utilisation de l'ocytocine	70
Tableau XVIII: Répartition des patientes selon les circonstances de survenues	71
Tableau XIX : Répartition des patientes selon le type de rupture	72
Tableau XX : Répartition des femmes selon le siège.....	72
Tableau XXI: Répartition des patientes selon une lésion de la vessie	73
Tableau XXII : Répartition des patientes selon le geste thérapeutique	73
Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la transfusion sanguine	74
Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le nombre de poche reçu	74
Tableau XXV : Répartition des patientes selon l'état des nouveau-nés.....	75
Tableau XXVI : Répartition des patientes selon l'évolution post opératoire.....	75
Tableau XXVII: Répartition des patientes selon les complications	76

Liste des figures

Figure 1: Organe pelvis-génital, croissance de l'utérus gravide et formation du segment inférieur[10]	5
Figure 2 : Vascularisation utéro-tubo-ovarienne et Vaginale [12]	6
Figure 3: Mécanisme de formation de l'anneau de Bandl Vaginale [14].....	11
Figure 4 : Aspect en Sablier de l'utérus[14].....	14
Figure 5 : Rupture utérine complète [16]	18
Figure 6: Photographie d'une rupture utérine complète (Source : Service de gynéco-obstétrique de l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti)	18
Figure 7 : Rupture utérine incomplète.....	19
Figure 8 : Eléments du choc volumique [18]	22
Figure 9 : Répartition des femmes selon le moment de la rupture	71

TABLE DES MATIERES

Table des matières

I.	Introduction.....	1
II.	Objectifs.....	3
2.1.	Objectif général.....	3
2.2.	Objectifs spécifiques.....	3
III.	Généralités	4
A.	Définition :.....	4
B.	Rappel anatomique de l'utérus gravide :	5
C.	Physiologie de l'utérus gravide :	9
D.	Mécanisme des ruptures utérines :	11
E.	Rappel physiopathologique :.....	20
F.	Diagnostic	22
G.	Traitement :.....	46
IV.	Méthodologie	53
V.	Résultats	62
VI.	Commentaires et discussion.....	77
	Conclusion.....	83
	Recommandations	84
	Références bibliographiques	85
	Annexes	89

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide [1]

Elle occupe avec l'hémorragie qu'elle entraîne 30% des principales causes de décès dans les pays en voie développement [1]. La rupture utérine est l'une des principales causes de mortalité maternelle en Afrique. En effet son pronostic fœtal est l'un des plus catastrophiques sur le plan de morbidité et de mortalité ; elle est une cause majeure de décès maternel dans les pays en voie de développement : particulièrement au Mali

Le premier écrit sur cette pathologie est l'œuvre de GUILLEMEAU au début du 17^{ème} siècle dans son ouvrage intitulée la grossesse et l'accouchement ; il montre toute la gravité du pronostic qu'elle entraîne chez la femme enceinte par la déchirure du muscle utérin [2].

La rupture utérine sur utérus sain est une complication très rare dans les pays développés mais relativement plus fréquente dans les pays en voie de développement [2].

Aux USA, on note une rupture utérine pour 16849 accouchements [3].

En France, il est rapporté une rupture utérine pour 1299 accouchements [4].

En Afrique, cette fréquence est relativement élevée par des facteurs de risque comme le faible niveau socio-économique, l'insuffisance de suivi prénatal, l'éloignement géographique, la grande multiparité et le manque d'infrastructures sanitaires équipées en matériels et personnels qualifiés [5].

Au Sénégal, la fréquence de rupture utérine est de 0,58%, soit 1 cas pour 172 accouchements [6].

Au CHU Gabriel Touré, une étude effectuée en deux ans sur les accouchements dans un contexte d'utérus cicatriciel, faisait état de 0.7% de rupture utérine [7].

Depuis 2008, aucune étude n'a porté sur les ruptures utérines à Mopti.

Malgré les orientations politiques du Mali en matière de santé de la reproduction de ces vingt dernières années notamment : l'organisation de la référence/évacuation, la gratuité de la césarienne, ce drame demeure une réalité dans notre pays avec une disparité régionale [8].

Quant à la prévention ; elle nécessite des politiques bien réfléchies prenant en compte une meilleure répartition des structures de santé, de dotation suffisante en personnel qualifié et une meilleure organisation de la référence et de l'évacuation à un coût abordable pour les bénéficiaires [9].

Nous pensons qu'il existe une augmentation de la rupture utérine dans nos pratiques de tous les jours dans le service de gynéco obstétrique.

Le but de ce travail était d'analyser les résultats de la prise en charge de la rupture utérine.

Pour atteindre ce but nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II. Objectifs

2.1. Objectif général

Étudier les aspects épidémio cliniques et thérapeutiques de la rupture utérine dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti.

2.2. Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer la fréquence de la rupture utérine à l'HSDM
- ✓ Identifier les causes de la rupture utérine à l'HSDM
- ✓ Décrire les aspects cliniques de la rupture utérine à l'HSDM
- ✓ Décrire les aspects thérapeutiques de la rupture utérine à l'HSDM
- ✓ Déterminer le pronostic maternel et fœtal

GENERALITES

III. Généralités

3.1. Définition des concepts :

- **Rupture utérine** : solution de continuité non chirurgicale de la paroi de l'utérus gravide.
- **Patiente** : gestante ou parturiente
- **Primigeste** : 1ère grossesse
- **Pauci geste** : 2 à 3 grossesses
- **Multi geste** : 4 à 5 grossesses
- **Grande multi geste** : ≥ 6 grossesses
- **Primipare** : 1er accouchement
- **Pauci pare** : 2 à 3 accouchements
- **Multipare** : 4 à 5 accouchements
- **Grande multipare** : ≥ 6 accouchements
- **Hystérorraphie** : Suture de l'utérus.
- **Hystérectomie** : Ablation partielle ou totale de l'utérus.
- **Référence** : C'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge sans la notion d'une urgence.
- **Évacuation** : C'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale partielle ou complète sur un utérus gravide [9]. Cette définition exclue les déchirures du col et les perforations utérines consécutives à une manœuvre abortive ou à un curetage.

3.2. Revue de la littérature

A. Rappel anatomique de l'utérus gravide :

1. Uterus gravide :

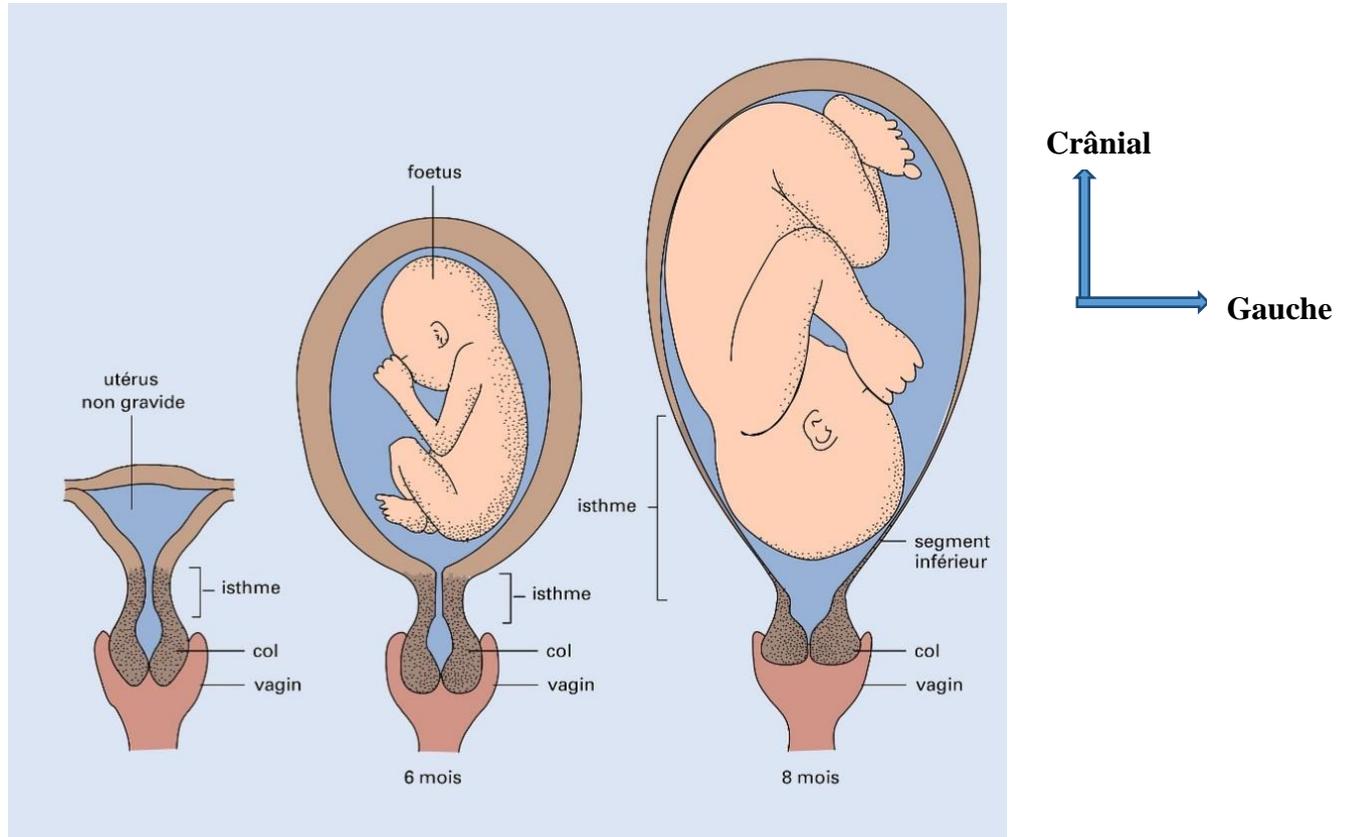


Figure 1: Organe pelvis-génital, croissance de l'utérus gravide et formation du segment inférieur[10]

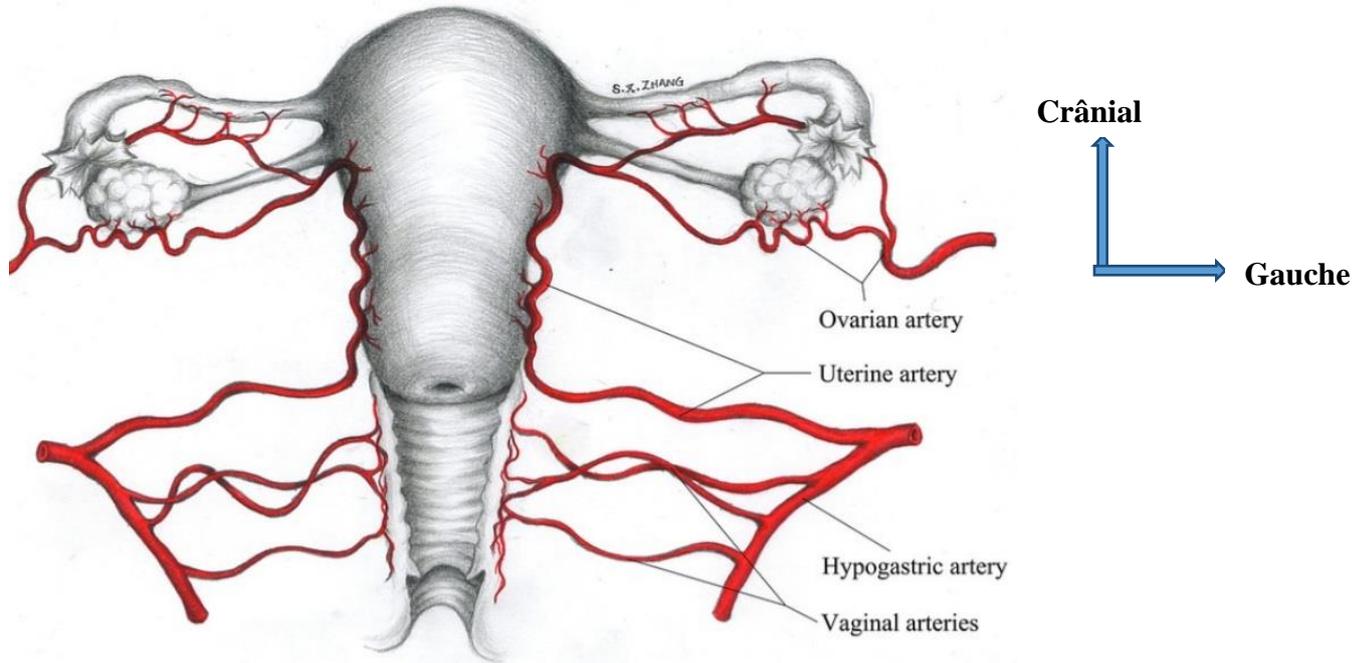


Figure 2 : Vascularisation utéro-tubo-ovarienne et Vaginale [12]

Concernant la césarienne, deux éléments méritent d'être étayés ; il s'agit de l'utérus gravide parce que c'est l'organe sur lequel s'effectue la césarienne et la filière pelvi-génitale [11].

La filière pelvi-génitale dont beaucoup d'anomalies sont des indications de césarienne.

L'utérus gravide : il subit d'importantes modifications portant sur sa morphologie, sa structure, ses rapports, ses propriétés physiologiques :

- *le péritoine viscéral est hypertrophié,
- *la vascularisation, tant artérielle que veineuse, subit une inflation considérable.
- *Le segment inférieur se constitue au dernier trimestre, une couche superficielle très mince aux fibres longitudinales.

C'est la partie comprise entre le corps et le col utérin sur laquelle la césarienne s'effectue le plus souvent.

La musculature du segment inférieur est constituée de trois couches :

- deux couches profondes dont les fibres ont une direction transversale.

Il est riche en éléments conjonctifs, ce qui favorise la cicatrisation et la muqueuse est moins épaisse.

Ses artères sont des branches cervico vaginales peu nombreuses sinueuses de direction transversale : les points simples sont préférés aux points X qui sont ischémiant [13].

L'utérus augmente progressivement de volume, d'autant plus vite que la grossesse est plus avancée.

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

→Capacité :

Non gravide, la capacité de l'utérus est de 2 à 3ml ; à terme, elle est de 4 à 5l.

→Poids :

Non gravide, l'utérus pèse 50gr ; à terme, son poids varie de 900 à 1200gr.

→Épaisseur des parois :

Au début de la grossesse, les parois s'hypertrophient puis s'amincissent progressivement en proportion de la distension de l'organe.

A terme, l'épaisseur des parois est de 8 à 10cm au niveau du fond ; 5 à 7cm au niveau du corps.

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

→Consistance :

Non gravide, l'utérus est ferme ; il devient mou pendant 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.

→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.

→Rapport :

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, d'anses grêles chez la parturiente en dehors d'opération ayant porté sur la cavité abdominale. Elle rentre en rapport dans sa partie inférieure 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 d'anses grêles.

► En haut : le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut rentrer en rapport avec les fosses côtes. A droite, il répond au bord inférieur du foie à la vésicule biliaire ; le bord droit étant tourné vers l'arrière rentre en contact avec le caecum et le colon ascendant ; le bord gauche, quant à lui, répond à la masse des anses refoulées en arrière au colon ascendant [3].

2. Le bassin osseux :

2.1. Le détroit supérieur :

Ses limites sont formées par :

- en arrière : le promontoire ou articulation lombo-sacrée faisant saillie dans l'aire du détroit supérieur ;
- en avant par le bord supérieur du pubis et de la symphyse pubienne ;
- latéralement : par les lignes innominées.

Deux diamètres sont à connaître : le diamètre antéro-postérieur ou promonto-rétropubien (PRP) : 10,5 cm et le diamètre oblique : 12,5 cm.

2.2. La cavité pelvienne limitée :

- en arrière par une paroi longue de 16 cm : la face antérieure du sacrum ;
- en avant par une paroi courte de 4 cm : la face postérieure du pubis ;
- latéralement par la face interne de l'ischion avec la saillie des deux épines sciatiques marquant le léger rétrécissement du détroit moyen.

2.3. Le détroit inférieur : limité en avant par le bord inférieur du pubis ;

Le coccyx en arrière et latéralement par le bord inférieur de l'ischion et du ligament sacro-iliaque.

- Le diaphragme pelvi-génital : c'est un ensemble musculo aponévrotique qui ferme en bas la cavité pelvienne. Le périnée se divise en périnée antérieur et postérieur. Il est constitué par le muscle releveur de l'anus qui le ferme en bas ne livrant passage qu'aux organes vésico-génito-rectaux sur la ligne médiane (en profondeur); superficiellement par les muscles superficiels du périnée.

C. Physiologie de l'utérus gravide :

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

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

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'adénosine 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 dilatation du col et 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 au dépend de l'isthme de musclé, 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 foetosegmentaire.

Phase concomitante :

Elle se caractérise par le décollement du pôle inférieur de l'œuf et 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 condition 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 :

Elle comprend :

- l'engagement : c'est le franchissement par la présentation de l'aire du détroit supérieur ;
- la rotation et la descente intra- pelvienne : il s'agit de la traversée du détroit moyen pendant laquelle, le fœtus subit une rotation.
- 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, qui constituent la force motrice de l'utérus gravide et assurent l'hémostase après délivrance.

D. Mécanisme des ruptures utérines :

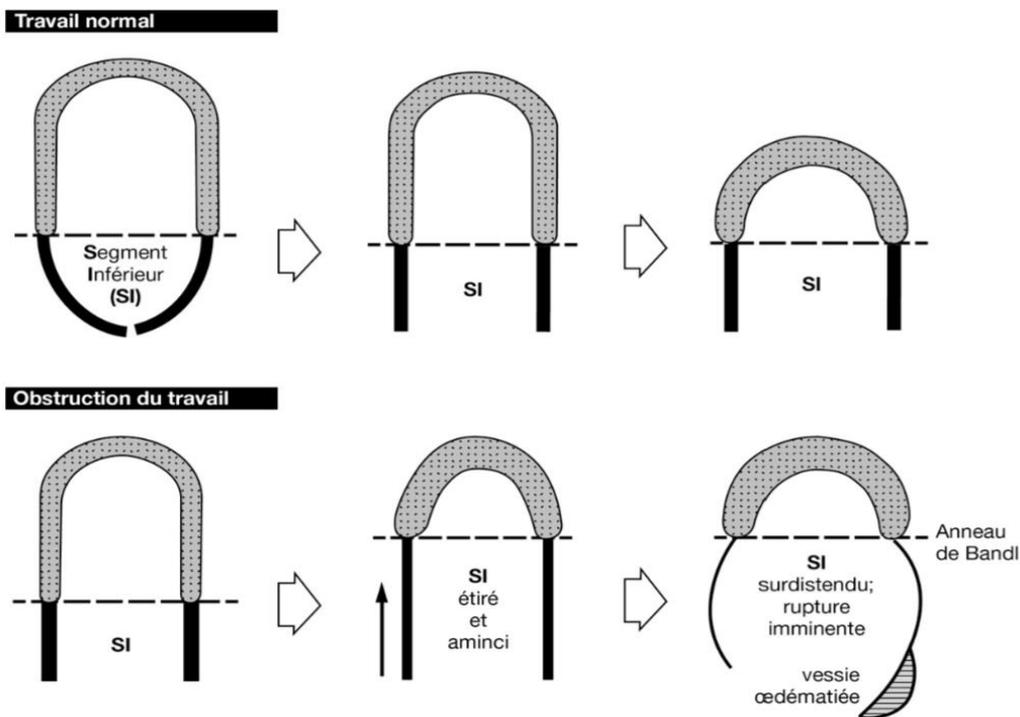


Figure 3: Mécanisme de formation de l'anneau de Bandl Vaginale [14]

1. Analyse des contractions utérines douloureuses :

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

1.1. Hypercinésie de fréquence :

En cas d'obstacle prævia, 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.

1.2. Hypertonie utérine :

L'utérus est continuellement tendu, 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 fœto-maternels entraînant une souffrance fœtale hypoxique.

1.3. Rétraction utérine :

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

- un travail prolongé avec rupture précoce de la poche des eaux.
- une lutte de l'utérus contre un obstacle prævia.
- une Présentation vicieuse abandonnée à elle-même.

1.4. Inertie utérine :

Elle se traduit par des contractions utérines trop espacées. Les douleurs d'abord fortes et rapprochées s'espacent et deviennent faibles.

Elles peuvent cesser complètement, le col revient sur lui-même. Alors le travail peut durer plusieurs jours et 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, le muscle utérin se contracte, se tétanise ; en ce moment, il est prêt à la rupture.

Il finit par se rompre au niveau de la partie la plus fragile : le segment inférieur, si l'obstacle n'est pas levé.

2. Théories :

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

2.1. 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, sans progresser, se loge en se 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 finit par se rompre.

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

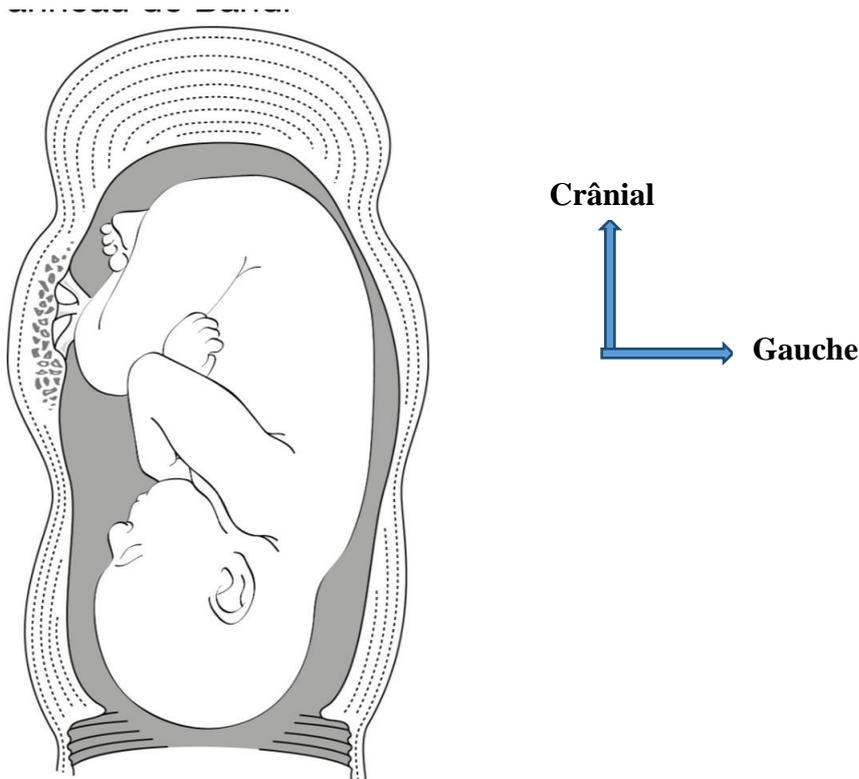


Figure 4 : Aspect en Sablier de l'utérus[14]

2.2. La théorie de l'usure perforante :

La rupture s'expliquerait par une contraction prolongée et de plus en plus accrue de la paroi utérine sur le 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 resserre, 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 IVANOV et SIMPSON.

Mme LACHAPELLE avait émis l'idée que le segment inférieur tiraille était comme éliminé, puis comprimé entre le bassin et la présentation.

Il subissait alors une sorte d'usure perforante si bien que fissuré, il finissait par se rompre.

La théorie de BANDL et celle de BRENS ne s'y opposent pas ; suivant la nature étiologique, ces mécanismes aboutissent à la rupture utérine, soit chacun pour son propre compte, soit en additionnant leurs effets. En résumé une dystocie osseuse ou des parties molles, une macrosomie ou la présentation dystocique du fœtus sont responsables de la gêne à la descente du mobile fœtal dans la filière maternelle, déclenchant une lutte de l'utérus contre un obstacle à son évacuation.

La distension et la compression s'intriguent mais l'ischémie des tissus a un rôle déterminant.

2.3. Cas particuliers :

2.3. 1 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 peu 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 seront de plus en plus rapprochées.

2-3-2 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.

2.4. Nature des lésions :

2.4.1. Siege : deux grands groupes : Les ruptures utérines segmentaires et les ruptures utérines corporéales.

2.4.1.1. Ruptures utérines segmentaires :

Elles sont de loin les plus fréquentes. Elles sont complètes ou non, traumatiques ou spontanées, iatrogènes ou non, antérieure ou postérieure pouvant atteindre les deux faces et peuvent siéger en tout point du segment inférieur.

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.

Cependant, AUDEBERT et TOURNEUX avaient observé dans deux cas une régénération musculaire complète avec « restitution ad intégrum » PICAUD met l'accent sur le soin qu'il faut attacher à éviter de saisir la muqueuse lors des sutures musculaires [15].

2.4.1.2. Ruptures utérines corporéales :

Les plus rares et le plus souvent complètes, les ruptures utérines intéressent les trois tuniques : péritonéale, musculaire, séreuse

Elles sont très souvent le fait d'une cicatrice antérieure : l'hystérotomie, -curetage trop appuyé après avortement, myomectomie. Elles peuvent être fundiques ou antérieures

2.4.1.3. Ruptures segmento-corporéales ou cervico-corporéales :

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

2.4.2. 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.

2.4.3. L'étendue :

Elle est variable.

Elle peut être réduite, de quelques centimètres, ou au contraire très importante.

Les troubles vasculaires sont très importants à type de :
nécrose, □ infarctus, et d'ischémie.

Les lésions infectieuses ne sont pas rares.

2.4.4. La profondeur : On distingue :

2.4.4.1. Les ruptures utérines complètes : 60 à 70 % des cas ; toutes les tuniques sont intéressées. Elles peuvent être linéaires ou stellaires 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 où 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.

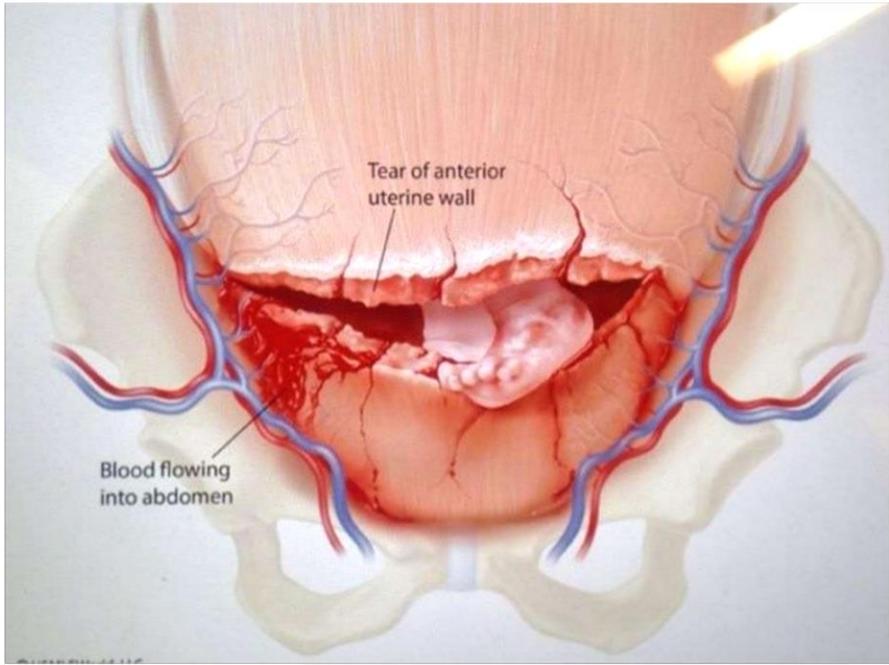


Figure 5 : Rupture utérine complète [16]

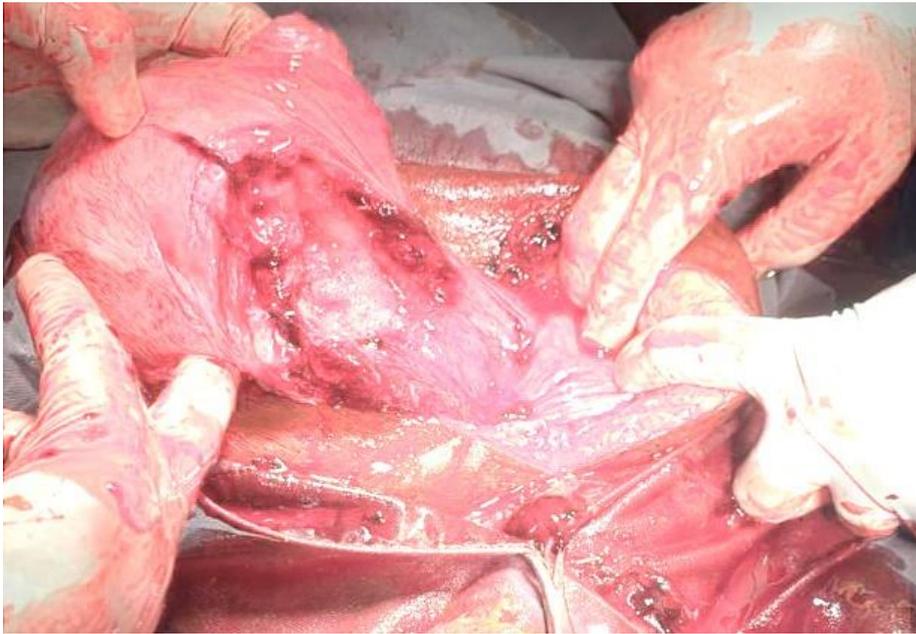


Figure 6: Photographie d'une rupture utérine complète (Source : Service de gynéco-obstétrique de l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti)

2.4.4.2. Ruptures utérines incomplètes :

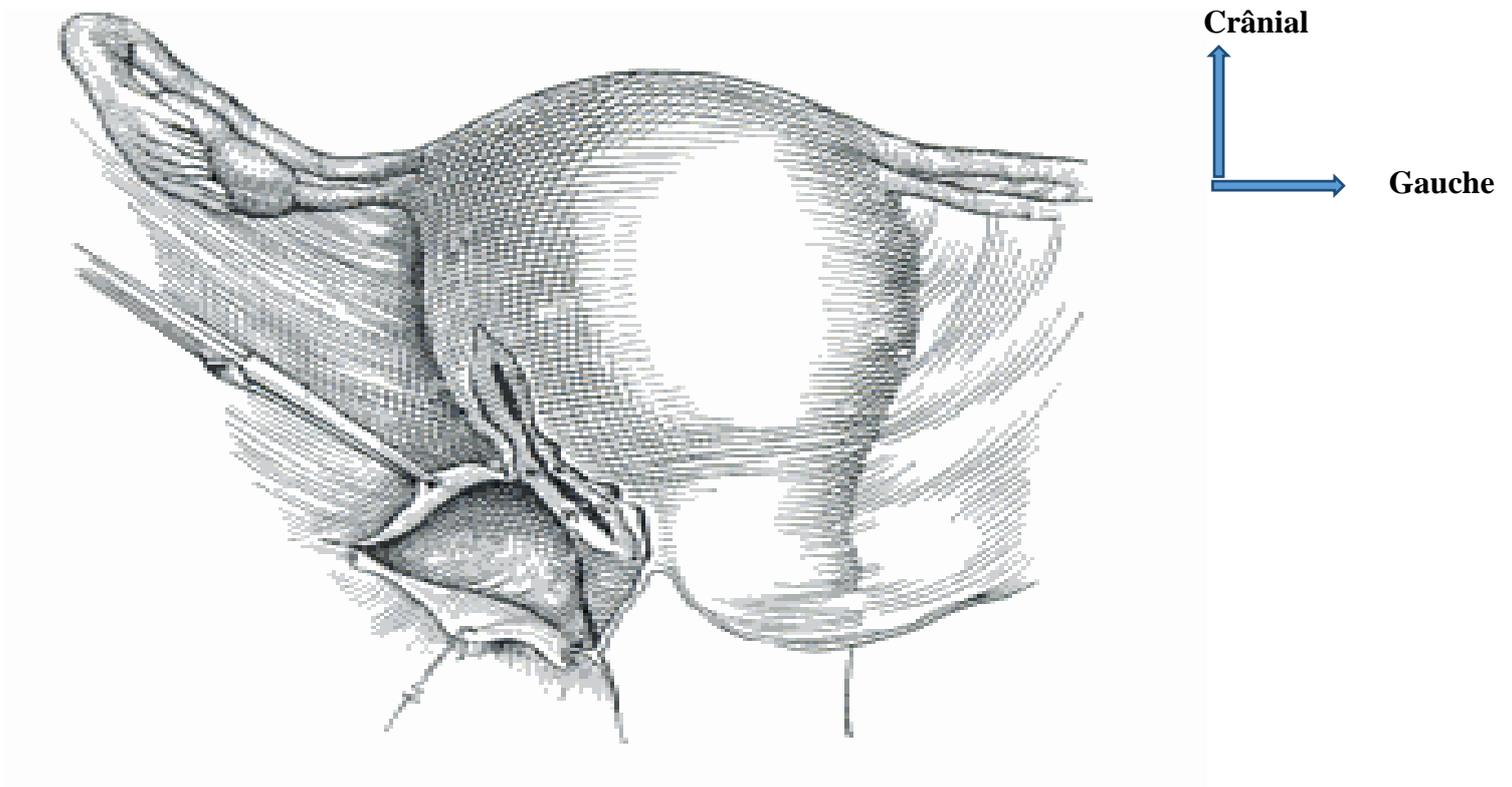
Les trois tuniques ne sont pas toutes atteintes.

Ainsi, on distingue les ruptures utérines sous-péritonéales épargnant la séreuse des ruptures extra-muqueuses qui, elles, respectent l'endomètre.

Celles-ci sont rares.

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.



L'hématome péri utérin et sous-péritonéal. [17]

Figure 7 : Rupture utérine incomplète

2.4.4.3. Ruptures utérines compliquées :

On parle de ruptures utérines compliquées, quand, en plus de la lésion utérine, s'ajoute une lésion d'organes voisins. Elles sont dues à la prolongation de la déchirure utérine. On peut ainsi observer :

Des lésions intestinales : Elles sont dues le plus souvent à une compression ou à 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 dues à la compression de la vessie et de l'uretère par la présentation.

Les fistules recto-vaginales sont exceptionnelles.

Les uretères sont atteints dans leur trajet pelvien.

Les vaisseaux peuvent être atteints entraînant un hémopéritoine très important.

2.4.5. L'aspect des bords lésionnels :

Il est très variable. Les bords sont souvent effilochés, contus.

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

Les lésions peuvent avoir des bords :

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

Nécrosés ou délabrés et friables.

2.4.6. Le contenu utérin :

Le fœtus et le placenta peuvent rester dans la cavité utérine ou au contraire, se trouver dans la cavité abdominale.

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 fœtal :

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

En pré partum :

La rupture utérine entrave très sérieusement les échanges materno fœtaux.

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

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

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 effectuées.

2. Retentissement maternel : deux éléments le déterminent.

Le choc : il est dû, entretenu et aggravé 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.

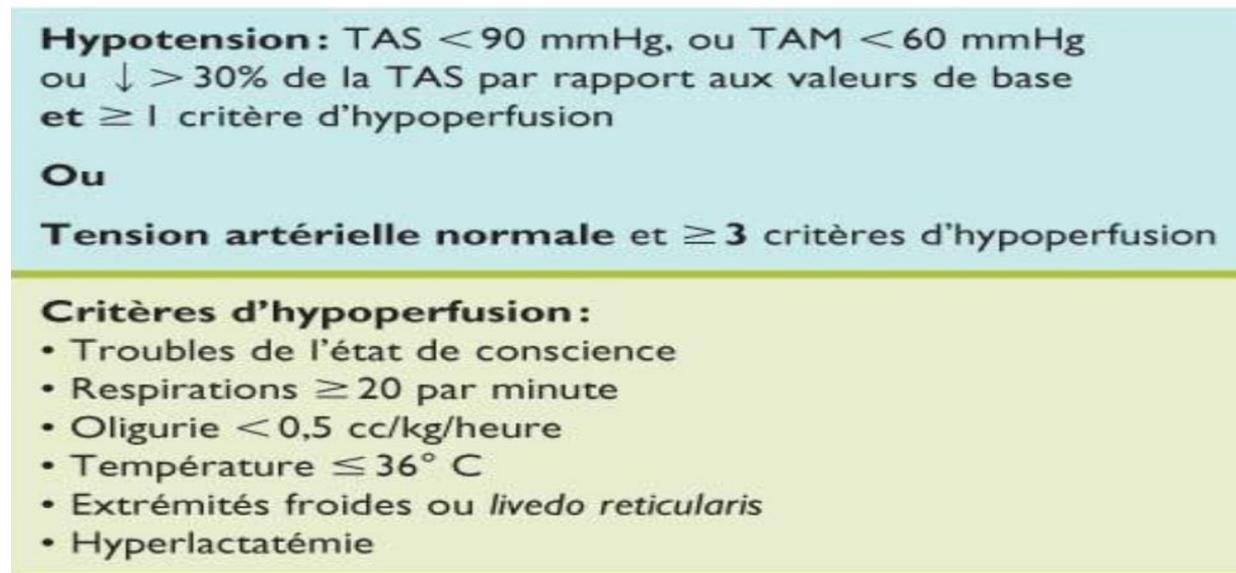


Figure 8 : Eléments du choc volumique [18]

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.

L'infection et l'anémie forment un cercle vicieux, l'une étant aggravée par l'autre.

F. Diagnostic :

1. Diagnostic 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.

Nous décrirons schématiquement deux tableaux cliniques :

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

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

1.1. Les ruptures utérines précoces :

Les tableaux cliniques sont assez variés.

1.1.1. Rupture des utérus malformés ou cicatriciels :

Rupture utérine sur utérus cicatriciel :

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

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

L'examen doit être complet et mené avec minutie.

Rupture de la corne utérine rudimentaire :

La survenue brutale, d'un état de choc par inondation péritonéale peut faire évoquer le diagnostic de rupture d'une grossesse extra-utérine.

On retrouve la notion d'aménorrhée gravide associée à des douleurs pelviennes de survenue brutale avec malaise. Il n'y a généralement pas de métrorragie.

La laparotomie exploratrice d'urgence révèle la rupture de la corne rudimentaire gravide.

1.1.2. Rupture isthmique ou cervico-isthmique après avortement tardif :

Rupture isthmique : 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 pare ayant subi une césarienne lors de sa première grossesse, puis accouché par voie basse lors de la deuxième naissance. Lors de cette grossesse la patiente a été hospitalisée pour métrorragies de moyenne abondance à la fin du premier trimestre.

1.2. Les ruptures utérines tardives :

1.2.1. Ruptures spontanées :

Forme franche classique : C'est la rupture utérine au cours des présentations négligées de l'épaule ou les défauts d'engagement dans les bassins rétrécis. C'est la forme franche et la plus classique.

On dénote trois temps :

Premier temps : (prodromes)

L'accident ne saurait se produire avant l'ouverture de l'œuf. En effet l'accident va de paire 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.

L'accouchement traîne en longueur.

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

La manifestation de cette phase de lutte est le classique « tempête de douleurs ».

La parturiente souffre de façon continue, sans répit, même dans l'intervalle des contractions.

Aux anomalies de la contraction s'ajoutent celle de 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 sous-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 donnant à l'ensemble de l'utérus une forme de SABLIER.

Progressivement, l'importance et la minceur du segment inférieur vont s'accroître et le sillon s'élève (ascension de l'anneau de BANDL, signe classique) : le sablier grossit du bas et diminue du haut.

Cette déformation en brioche signe l'imminence de la rupture, parfois confirmée 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 rupture de l'utérus.

Signes fonctionnels et généraux : c'est le drame de la rupture qui est le plus souvent d'une extrême violence. La femme ressent une douleur atroce : « en coup de poignard », qui se trouve localisée 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 a accouché dans son ventre. Le fœtus s'échappe dans l'abdomen, l'utérus est libéré, un bien être apparent peut survenir. C'est l'accalmie traîtresse qui ne trompe pas un esprit averti.

Mais rapidement apparaissent des tendances à la syncope, des 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 : A 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. A côté du fœtus, situé à gauche en général, se trouve une masse ferme, qui correspond à l'utérus.

En pratiquant le toucher vaginal, on voit que la femme perd un peu de sang noirâtre, d'aspect sirupeux. La présentation, sauf dans les 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 une ancienne perforation utérine, une rupture cervico segmentaire ancienne et méconnue. En général, la symptomatologie est discrète. Elles peuvent même ne se manifester qu'après l'accouchement.

Parfois, c'est le tableau général et progressif du choc, car ces désunions de blessures anciennes saignent peu. L'altération du faciès, la pâleur, les 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 peut ne se révéler qu'après l'accouchement ; mais en général, elle se manifeste avant la délivrance, 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 ; où 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 utérine 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 de l'organe. La sonde ramène alors du sang pur.

On peut rencontrer un éclatement des culs-de-sac latéraux du vagin. Le rectum n'est jamais atteint.

Les ruptures utérines peuvent s'accompagner d'afibrinogénémie, avec incoagulabilité sanguine.

Rupture utérine et placenta accreta : La patiente présente un long passé de douleurs abdominales ayant évolué par poussées, au cours de presque toute la grossesse. C'est une de 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 hésiter à faire une laparotomie.

Formes atypiques : il s'agit de formes :

Occluse, Pseudo-appendiculaire, Pseudo-pyélitique.

1.2.2. 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 des manœuvres instrumentales ou manuelles : Destinées à extraire le fœtus, donc pratiquées sous anesthésie ; celles-ci vont masquer les deux premiers temps de pré rupture et de 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 alors 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 de 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 complété dans les déchirures à point de départ cervical, par l'inspection sous valve. L'angle supérieur de la brèche, en cas de déchirure segmentaire, dépasse l'insertion vaginale. Après une perfusion d'ocytocique. [10]

2. Diagnostic positif

Il 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].

3. Diagnostic différentiel

- 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 démuscularisée ; 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 avec la minime perte de sang noirâtre.

-le placenta prævia :

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

-Par ailleurs on pourra discuter :

- Une appendicite,

-une pyélite,

-un iléus paralytique. [1, 3, 10]

4. diagnostic étiologique :

Les ruptures utérines sont le fait d'une association de facteur morbide plus ou moins complexe. Plusieurs classifications sont possibles.

4.1. Ruptures pendant la grossesse :

Elles se divisent en deux grands groupes : rupture utérine provoquée et la rupture utérine spontanée

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

Une arme à feu,

Une corne de bovidé.

Il s'agit d'une contusion de l'abdomen, par écrasement par exemple, accident de la voie publique. En augmentant la fréquence. La blessure utérine est loin d'être toujours isolées [19].

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

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

Les Ruptures utérines spontanées

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-corporéales, mais surtout corporéales. Les ruptures de cicatrice entraînent une déchirure de toute l'épaisseur de la paroi utérine, les deux berges de la cicatrice se séparant complètement [20].

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

Ainsi se rompent les cicatrices de césariennes corporéales 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,
- la salpingectomie avec excision de la portion interstitielle est citée comme responsable de rupture utérine au cours de la grossesse.
- L'hystéro plastie et l'hystéro scopie 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. [22].

4.2. Ruptures utérines pendant le travail

Elle se divise en ruptures spontanées et en ruptures provoquées.

Les ruptures sont dites spontanées quand elles ont 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 provoquées qu'en apparence ; elles ne sont que parachevées à l'occasion d'une manœuvre obstétricale.

4.2.1. Ruptures spontanées :

Les causes sont : les unes, maternelles et les autres ovulaires.

4.2.1.1. Causes maternelles

4.2.1.1.1. La multiparité

Les ruptures utérines se voient presque exclusivement chez la multipare.

Plusieurs auteurs reconnaissent le rôle de la parité dans la genèse de la rupture utérine, tout au moins comme un 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 ; celle-ci agit par altération de la paroi utérine qui devient ainsi fragilisée [23]

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

4.2.1.1.2. Bassin immature : Il se pose ici le problème de la gravidité puerpérale 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.

4.2-1.1.3. Malformations pelviennes : quelles soient acquises ou congénitales, les malformations pelviennes sont indispensables. Elles sont prises en compte quant au déroulement de la grossesse, mais surtout au pronostic de

l'accouchement. On distingue des bassins rétrécis symétriques, des bassins asymétriques et le bassin dystocique après traitement orthopédique.

Bassins rétrécis symétriques bassins rétrécis Asymétriques

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

4 .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, élève un obstacle infranchissable à l'accouchement par voie naturelle. Les complications seraient les mêmes que celles de tout obstacle prævia : inertie et infection ou rupture utérine.

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, excepté les petits noyaux, sa fréquence est de 1,9 sur 55000 accouchements [23]. 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 les 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 du col, la déchirure cervicale avec extension à l'isthme ou au segment inférieur envahi.

COHEN, collige 138 cas de cancer du col et grossesse qui a 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, rapportent 1cas de rupture avec cerclage du col.

Au Mali on signale 1 cas de rupture au cours du travail avec fil de cerclage en place, donc c'est un phénomène méconnu. [24]

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 fœtales :

En Afrique en général et au Mali en particulier, les dystocies d'origine fœtale 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 fœtale créant une dystocie qu'on aurait négligée ou méconnue,

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

Excès de volumes localises 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, la 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 du 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 du 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 foetopelvienne.

Dans le cas des poids excessifs, le fœtus ne peut pas passer à travers un canal pelvien normal.

Les disproportions foeto-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 rompt. 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 foeto-pelvienne est une cause usuelle et classique de la rupture utérine [23].

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 qui 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 occupée 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 mentosacrée où le dégagement est impossible ;

La présentation du siège : 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. Elle peut, en effet à plusieurs titres, être à l'origine des ruptures.

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

Il peut s'agir de placenta accreta ou percreta. [24]

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. Pour mémoire, une cause ovulaire exceptionnelle, la môle disséquant est retrouvée associée à la rupture utérine chez une primipare de 27 ans ayant un antécédent de môle invasive traité 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 montré une invasion du myomètre par le môle.

La destruction du myomètre serait la cause de cette rupture utérine [9].

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 2 heures suffit à juger de son efficacité et elle ne doit pas être dépassée en des échecs.

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 ou en association avec la prostaglandine est très souvent incriminée [22].

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

Les prostaglandines les plus utilisées sont les PGE2 et 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 manœuvres internes : elles peuvent être responsables de rupture utérine surtout dans ces 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 ;

-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.

L'extraction de la tête dernière avant la dilatation complète a pu faire déchirer le col dont la rupture a atteint le segment et l'opérateur doit être assez qualifié pour aller au « devant » d'éventuelles complications.

Les conditions d'application de forceps sont absolument impératives et se 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 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, qu'elles soient mineures ou majeures, peuvent engendrer des ruptures utérines.

Elles doivent être exécutées par un spécialiste.

2-3- Causes diverses

Pour mémoire, nous citerons une cause inhabituelle, tout au moins dans notre pays. Il s'agit de rupture utérine liée à une habitude de vie : la consommation de la cocaïne. Certaines expériences ont montré que la consommation de la cocaïne la contractilité utérine. Des complications dramatiques liées à l'utilisation abusive de la cocaïne durant la grossesse ont été rapportée aux USA.

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 [3,12].

2-4-Etude clinique :

La rupture utérine fait partie des hémorragies du 3ème trimestre. Elle représente une urgence medico-obstetricale survenant surtout au cours du travail d'accouchement.

2-4-1-Circonstance de découverte :

La rupture est découverte lors

- d'une évacuation pour disproportion fœto-pelvienne ;
- d'un travail prolongé ; - d'un travail mal surveillé ;
- de l'utilisation abusive et incontrôlée des utéro-toniques ;
- des présentations vicieuses : épaule, face enclavée et front.

2-4-2- Type de description :

Rupture utérine typique sur utérus sain :

Nous distinguons deux phases successives à savoir : phases de pré-rupture et de rupture utérine.

* 1ère phase ou phase de pré-rupture ou phase prémonitoire : Le travail d'accouchement ne progresse pas et traîne en longueur. On parle de dilatation stationnaire.

* Les prodromes sont :

- La dilatation stationnaire ;
- Les contractions utérines violentes, intenses, rapprochées et subintrantes ou hypercinésie utérine ;
- L'hypertonie utérine ;
- La dystocie causale s'aggrave provoquant l'agitation et l'anxiété ;
- Au toucher vaginal le col s'œdématie et s'épaissit.

* La phase de l'imminence de la rupture

Trois (3) signes indiquent l'imminence de la rupture à savoir :

- 1er Déformation de l'utérus en Sablier ou en coque d'arachide (visible et palpable), le segment inférieur est très distendu, étiré, surmonté du corps utérin hypertonique moulant le fœtus.
- 2ème Ascension de l'anneau de rétraction ou de BANDL – FROMMEL, plus le segment inférieur s'allonge et plus l'anneau de rétraction semble remonter séparant le corps utérin du segment inférieur.

- 3ème Tension douloureuse et palpable des ligaments ronds sur les flancs utérins.

* Deuxième phase ou phase de rupture :

Elle se manifeste par :

Des douleurs abdominales syncopales à type de « coup de poignard » (plus fréquent avec les ruptures provoquées) irradiant à tout l'abdomen. On observe en revanche une sédation brusque des douleurs et des contractions utérines, procurant une fausse impression de soulagement et accompagnée parfois d'une sensation d'écoulement intra-abdominal de liquide tiède. Des métrorragies avec possibilité de métrorragie de petite quantité de sang rouge ou noir.

Les signes généraux sont ceux d'un état de choc hémorragique avec :

- Pâleur conjonctivo-muqueuse ;
- Soif intense ;
- Chute de la tension artérielle ;
- Pouls accéléré et polynée ;
- Battements des ailes du nez ;
- Yeux cernés ;
- Extrémités froides.

A l'Inspection : l'abdomen est étalé après disparition de la déformation A la palpation : on retrouve :

- Une douleur vive siégeant sur un bord utérin ;
- Un utérus rétracté et petit ;
- Un fœtus sous la paroi abdominale avec perception facile des pôles fœtaux.

A l'auscultation : on note en général la disparition des bruits du cœur fœtal. Au spéculum : le col et la paroi vaginale sont sains macroscopiquement, il confirme l'origine endo-utérine du saignement. Au toucher vaginal : on ne perçoit plus la présentation qui disparaît et le gant d'examen revient souillé de sang noir ou rouge.

2-4-3-Examens para cliniques :

L'examen para clinique n'a pas tellement d'importance à cause l'extrême urgence.

a) Examens Biologiques : généralement réalisé en urgence dans nos contextes : NFS, Groupage-Rhésus, crase sanguine si possible.

b) Echographie abdomino-pelvienne : montre un fœtus expulsé dans l'abdomen sans activité cardiaque.

c) Enregistrement des rythmes cardiaques fœtal : Il va objectiver des signes de souffrance fœtale surtout sous forme de ralentissements.

Les ralentissements tardifs marquent l'insuffisance des échanges utéroplacentaires qui conduisent à une hypoxie généralisée avec hypercapnie. Les ralentissements prolongés révèlent une diminution brutale des échanges utéroplacentaires et la persistante du débit placentaire.

d) Enregistrement des contractions utérines :

Le cardiotocographe objective :

- Une élévation du tonus de bas au-dessus de 15 mm hg ;

- Une hypercinésie d'intensité (70 à 80 mm hg) et de fréquence (6 à 10 par 10 minutes).

NB : Ces deux derniers examens sont réalisés avant la rupture utérine.

2.4.4. Les formes cliniques :

2.4.4.1. Ruptures au cours de la grossesse :

Moins de 5 % des ruptures utérines surviennent au troisième trimestre de la grossesse. Elles sont surtout dues aux cicatrices corporeales.

Dans tous les cas, douleurs utérines et saignements doivent attirer l'attention dès lors qu'on a la notion de cicatrice utérine et à fortiori de cicatrice corporeale. Parfois le facteur favorisant est une manœuvre utérine (version par manœuvre externe) alors que la cicatrice était négligée ou ignorée (cicatrices « inapparentes » faites à l'occasion d'avortements tardifs souvent clandestins).

2.4.4.2. Formes insidieuses sur utérus cicatriciel au cours du travail d'accouchement :

Elles sont dues surtout aux cicatrices corporéales mais aussi à une ancienne perforation utérine et une rupture cervico-segmentaire. Le plus souvent la symptomatologie est peu significative. Une douleur exquise provoquée dans le flanc ou sur le bord de l'utérus à la pression du segment inférieur déjà césarisé, ou l'apparition d'une souffrance fœtale sans cause apparente peuvent être les seuls signes. Dans la forme classique on retrouve le syndrome de CHASTRUSSE qui se manifeste par :

- Des douleurs exquises au niveau de l'ancienne cicatrice de césarienne
- Une hémorragie
- Au toucher vaginal : la présentation est mal appliquée dans un contexte de dilatation stationnaire. Parfois c'est un tableau de l'altération progressive de l'état général, car ces désunions d'anciennes cicatrices saignent peu et ne sont pas douloureuses.

La rupture peut se révéler après l'accouchement, mais en général avant la délivrance : une petite hémorragie se produit et se prolonge ou bien au contraire en l'absence de saignement, le placenta ne se décolle pas alors que l'état général s'altère plus ou moins rapidement.

La révision utérine est obligatoire chez toute femme ayant une ancienne cicatrice pour rechercher une rupture utérine.

NB : la désunion de cicatrice peut être constatée lors d'une césarienne itérative sans qu'aucun signe n'ait pu évoquer cette éventualité et sans modification de l'état général.

2.4.4.3. Ruptures provoquées :

Elles sont consécutives à une intervention obstétricale telle que manœuvre instrumentale (forceps) et version par manœuvre externe ou interne.

Le tableau clinique se traduit par une absence de prodrome, la femme étant souvent endormie et l'état de choc se traduit par un effondrement de la tension artérielle.

La révision utérine est donc obligatoire après chaque intervention obstétricale difficile.

Dans le cadre de déchirure à point de départ cervical, l'examen doit être complet par l'inspection sous valve pour apprécier l'angle supérieur de la déchirure qui peut dépasser l'insertion vaginale et atteindre le segment inférieur.

2.4.4.4. Formes sous péritonéales :

Dans les formes sous-péritonéales, l'aspect général est le même avec :

- Un état de choc variable ;
- Le toucher vaginal montre un hématome unilatéral, qui occupe tout le paramètre pour gagner la fosse iliaque et parfois fuser en arrière vers la fosse lombaire ;
- La rupture sous péritonéale peut rester méconnue et donner de désagréables surprises au cours d'accouchements ultérieurs.

2.4.4.5. Formes compliquées :

a. Rupture vésicale :

Elles sont rarement reconnues par les doigts de la révision utérine qui entrent dans la brèche vésicale.

Le plus souvent, elles sont simplement suspectées au sondage postopératoire qui ramène des urines hématiques.

b. Syndrome de défibrination :

Il n'est pas une complication exceptionnelle.

L'origine est plurifactorielle et met en cause, outre le choc hémorragique, le passage de liquide amniotique et de thromboplastines dans la circulation sanguine. Le diagnostic évoqué devant une hémorragie distillante faite de sang, n'ayant pas tendance à coaguler est confirmé par les tests de coagulation.

c. Ruptures négligées ou méconnues :

Elles sont encore observées dans les pays en voie de développement et grèvent lourdement le pronostic.

Le diagnostic est posé, 2 voire 3 jours après l'accouchement devant un tableau de péritonite et de septicémie. Localement, les lésions sont importantes à type d'abcès ou de nécrose.

3. Evolution et complications :

La rupture utérine traitée à temps peut évoluer favorablement. Mais souvent non traitée ou même traitée elle peut évoluer vers des complications graves précoces ou tardives telles que :

- le choc hémorragique - la surinfection avec chorioamniotite ou septicémie
- les accidents thromboemboliques
- le décès maternel dans 2 à 20% des cas
- les infections post opératoires (péritonite, suppurations pariétales)
- les fistules vésico-vaginales ou souvent vésico-recto-vaginales

G-Traitement :

Il 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 prœvia, 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,
- Evaluer 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. 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. 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, la parité, l'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, compliquée par des 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 [19].

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 lésion voisine.

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.

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 le vicryl 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 de choc :

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

Tout transport, toute manipulation aggravent 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 l'oxygène

Le traitement curatif de 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 transfusion 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 employées. Mieux vaut alors utiliser des produits à grosses molécules se maintenant en circulation : plasma, produits synthétiques (plasmine).

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 de 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. [25]

3. Pronostic maternel :

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

3.1. Mortalité maternelle :

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 déchirure du vagin ou de la vessie.

3.2. Morbidité maternelle :

Elle est représentée par l'abcès pariétal, la péritonite, L'endométrite, La septicémie, la Fistule vésico-vaginale.

4. Pronostic fœtal :

L'aspect le plus dramatique de la rupture utérine est son caractère foeticide.

Dans les ruptures spontanées, le pronostic fœtal 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 la 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. [1,13,26]

5. Attitude prophylactique :

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

5.1. La prévention des ruptures d'utérus sain

Elle passe par :

- 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 qualifié capable de faire le pronostic maternel et fœtal 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 ;

- des consultations prénatales de meilleure qualité afin de dépister les grossesses à risque et les référer à temps ;

- Le remplissage correct des partogrammes et la référence aux parturientes dès que la zone d'alerte est franchie ;

- La bonne conduite de l'épreuve de travail et son arrêt au moment opportun.

- La promotion du planning familial.

Tous les accoucheurs doivent avoir à l'esprit cette assertion qui dit : « le soleil ne doit jamais se coucher deux fois sur le même travail » [27]

5.2. 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.

5.2.1. La césarienne systématique :

Elle doit être 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 prævia antérieur inséré sur la cicatrice,
- les sur distensions utérines (hydramnios, grossesse gémellaire, macrosomie)

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

5.2.2. L'épreuve utérine :

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.

6. 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 obstétricales.
- Faire une révision utérine systématique après toutes manœuvres obstétricales laborieuses.
- Abandon au profit de la césarienne des manœuvres obstétricales réputées dangereuses. [1]

METHODOLOGIE

IV. Méthodologie

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti dans le service de Gynécologie -Obstétrique.

1.1. Description des caractéristiques générales de la région de Mopti :

La région de Mopti, d'une superficie de 79017 km², est la 5^{ème} région administrative du Mali. La majorité du territoire de cette région est située en zone sahélienne.

La région de Mopti est divisée en deux grandes zones agroécologiques, qui sont :

La zone exondée : située en grande partie à l'Est, elle comprend les cercles de Bankass, de Bandiagara et de Koro ainsi qu'une partie des cercles de Djenné, de Mopti et de Douentza. Cette zone est divisée en deux parties : la partie montagnaise et rocheuse (Bandiagara) et la partie de la plaine (Bankass).

La zone inondée ou le delta intérieur du Niger : c'est une vaste zone marécageuse pendant la saison de la crue annuelle du fleuve. Cette zone comprend les cercles de Youwarou, de Tenenkou et une partie importante des cercles de Douentza, de Mopti et de Djenné.

La région de Mopti est au cœur du Mali. La population s'élève à 2.037.330 (2009) habitants, soit plus de 15 % de la population totale du Mali. La plupart des ethnies y sont représentées : 26 % de Bambara, 23 % de Peulh et Diaoulamé, 18 % de Songhoï, 11 % de Bozo, 9 % de Dogon.

Le taux d'accroissement de la population pour l'année 2009 était de 3 %.

Près de 50 % de la population de cette région a moins de 15 ans et la majorité vit en zone rurale. Les familles de la région de Mopti vivent de la pêche, de l'agriculture, de l'élevage, du commerce et du tourisme.

L'agriculture est dominée par la culture des céréales dont la production dépend de la pluviométrie et de la crue du Niger. Le cheptel de la région est le plus important du Mali.

Le secteur tertiaire de l'économie de la région semble être en croissance, largement grâce au tourisme. La région dispose, en effet, des sites touristiques les plus fréquentés au Mali qui sont Djenné et sa grande mosquée, le pays Dogon et Mopti la Venise malienne.

En terme d'infrastructures de communication, la région de Mopti dispose de réseau routier, bien développé dans la zone exondée rendant accessible une grande partie de la région toute l'année. Tous les cercles disposent de radios rurales FM. Notons tout de même les difficultés d'accès de la zone inondée en période de crue même si les pinasses assurent à grands frais les transports de passagers et marchandises le long du fleuve.

La société civile de la région est marquée par un grand nombre d'associations ou de groupements souvent peu fonctionnels et ne disposant que de capacités limitées. Il existe également une soixantaine d'ONG de profils variables. La région compte au total 108 communes dont 5 urbaines et 103 rurales. Ces communes regroupent plus de 2000 villages et plusieurs fractions nomades. Toutes les communes à l'exception de la commune de Mopti sont nouvelles et ont été mises en place depuis 1999 par la politique de décentralisation au Mali.

1.2. Présentation générale de l'hôpital :

L'Hôpital Sominé DOLO de Mopti, est l'unique structure médico-chirurgicale de 2^{ème} référence de la 5^{ème} région administrative du Mali. Il est actuellement situé à la zone administrative de Sévaré au bord de la route nationale 6 (RN6). Il est construit sur une superficie de 5,2 ha. La surface bâtie est de 12 000 ares.

Précédemment situé au quartier « Komoguel II » de Mopti l'Hôpital Sominé DOLO, hérité d'un établissement sanitaire colonial, a vu le jour au début des années 1950. Au fil des ans, il a connu des évolutions sur le plan en 1952, il passa par diverses appellations notamment « Hôpital Secondaire » en 1969, puis « Hôpital Régional » à partir de 1972 et bénéficia à chaque étape de nouvelles constructions.

Certaines dates marquant son histoire et les textes régissant l'hôpital sont :

1952, date des premières constructions ;

1995, l'hôpital est baptisé Sominé Dolo (seul ministre de la santé de la 1^{ère} république) institutionnel que structurel ;

2002, la loi N°02-050 du 22 juillet 2002 est promulguée et elle confère aux hôpitaux l'autonomie administrative et financière et la personnalité morale de droit public ;

2003, l'Hôpital Sominé Dolo, devient Etablissement Public Hospitalier doté de l'autonomie de gestion et de la personnalité morale (Loi N°03-016 du 14 juillet 2003) ;

2003, validation du premier Projet d'Etablissement (2004-2008) dont la mise en œuvre ne commencera qu'en 2006 dans le cadre du PADSS ;

Juin 2007, tenue du premier conseil d'administration ;

2007- 2008, élaboration du 2^{ème} Projet d'Etablissement (2009-2013) ;

8 octobre 2012, transfert de l'hôpital sur le nouveau site à Sévaré ;

18 mars 2014, inauguration du nouvel hôpital ;

L'Hôpital Sominé Dolo de Mopti est un établissement public hospitalier régi par de nombreux textes dont les principaux sont :

Loi n°02-050, du 22 Juillet 2002, portant loi hospitalière ;

Loi n°03-016 du 14 Juillet 2003, portant création de l'Hôpital Sominé Dolo ;

Décret n° 03-342/P-RM du 07Août 2003, fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'hôpital Sominé Dolo.

Missions de l'hôpital :

L'hôpital a pour missions d'assurer :

Les soins curatifs de 2ème référence et la prise en charge des urgences ;

La recherche dans le domaine de la santé.

Infrastructures :

L'hôpital est composé des services suivants :

- ✓ Médecine, regroupant la médecine générale et la kinésithérapie ;
- ✓ Pédiatrie ;
- ✓ Ophtalmologie ;
- ✓ Chirurgie, regroupant la chirurgie générale, la chirurgie maxillo-faciale, la chirurgie pédiatrique, la traumatologie, l'urologie et l'ORL ;
- ✓ Odontostomatologie ;
- ✓ Gynécologie-obstétrique ;
- ✓ Urgences et réanimation ;
- ✓ Bloc opératoire ;
- ✓ Pharmacie ;
- ✓ Laboratoire ;
- ✓ Imagerie médicale ;
- ✓ Service social ;
- ✓ Maintenance ;
- ✓ Administration ;
- ✓ Financier et matériel.

1.3. Présentation du service de Gynéco-Obstétrique :

Il assure la prise en charge de toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales du cercle de Mopti et des centres de santé de référence de la région, et parfois de celles de certains cercles du nord. Actuellement le service fait partie du groupe « Pool mère enfant », constitué de service de Gynéco-Obstétrique et de la pédiatrie

a) Situation :

Le service de gynécologie obstétrique est situé à l'Est de la grande porte d'entrée, à l'Ouest de la pédiatrie, au Nord des toilettes publiques et au sud des boxes de consultation externe.

b) Personnel :

Le personnel est composé de :

- * Deux (2) gynécologues obstétriciens ;
- * Huit (8) sages-femmes dont la sage-femme maitresse ;
- * Cinq (5) infirmières obstétriciennes et trois (3) infirmières de santé publique chargées des soins des patientes dans l'unité d'hospitalisation.
- * Trois (3) manœuvres ;

C'est un lieu de stage qui reçoit, les étudiants et thésards de la FMOS, des étudiants de l'INFSS et des écoles privées de santé.

c) Infrastructures :

Le service comprend :

- ✓ Un bloc opératoire avec vestiaire, contigüe à la salle d'accouchement ;
- ✓ Un bureau pour chaque médecin (gynécologue) ;
- ✓ Un bureau de consultation externe des médecins ;
- ✓ Un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- ✓ Une unité de prise en charge des victimes de la violence basée sur le genre ;
- ✓ Une salle d'urgence, avec 2 bouchés d'oxygène et aspirateur, ventilée ;

- ✓ Une salle de garde pour les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes ventilée, climatisée ;
- ✓ Une salle de garde pour les infirmières santé publique climatisée ;
- ✓ Une salle de garde avec toilette, ventilée, climatisée, pour les médecins ;
- ✓ Une salle de garde des thésards du service ventilée et climatisée ;
- ✓ Une salle de CPN ventilée et climatisée ;
- ✓ Une salle de travail ayant deux lits, deux bouchés d'oxygène et d'aspirateur ;
- ✓ Une salle d'accouchement climatisée ayant trois box, 2 bouchés d'oxygène et d'aspirateur dans chaque box ;
- ✓ Une salle de suites de couches physiologiques ayant deux lits deux bouchés d'oxygène et aspirateur ;
- ✓ Une salle de soins nouveaux nés ayant trois bouchés d'oxygène et aspirateur, climatisée et ventilée ;
- ✓ Une unité hospitalisation et soins ventilée avec trois toilettes externes pour les malades et accompagnants ;
- ✓ Deux magasins ;
 - ✓ Cinq (5) salles d'hospitalisation comprenant :
 - Deux (2) salles d'hospitalisation ayant 6 lits chacune et ventilées ;
 - Deux (2) salles à 3 lits chacune et ventilées ;
 - 1 salle VIP ayant 1 lit, ventilée et climatisée.
 - 1 salle de surveillance des patientes dans les 6 premières heures post-opératoires, ayant trois (3) lits, ventilée et climatisée ;
 - 1 salle d'hospitalisation des victimes de violence basée sur le genre ayant un lit et climatisée ;
 - Une salle de pansements post-opératoires.
- ✓ Deux toilettes fonctionnelles pour le personnel ;
- ✓ Deux bureaux d'accueil maternité ;

- ✓ Un One Stop Center pour la prise en charge des VBG (violences basées sur le genre)

- Un bureau pour la gestionnaire des cas
- Un bureau pour la police
- Une salle de jeu pour enfant
- Un bureau pour la psychologue

d) Fonctionnement :

Les consultations externes sont effectuées du Lundi au Mercredi par les médecins avec le concours des sages-femmes et les faisant fonction d'interne.

Les Mercredi et Jeudi sont les jours d'interventions programmées.

Les visites aux malades hospitalisées se font également tous les jours à partir de 10 heures après le staff qui se tient du lundi au vendredi à partir de 8 heures.

La garde est assurée par un gynécologue, une sage-femme, une infirmière obstétricienne, une infirmière santé publique et les stagiaires en formation (un thésard, étudiant) et un personnel d'appui (un manoeuvre).

Le service reçoit les patientes de la ville de Mopti et environnants ainsi que les patientes référées des CSCOM et des CS Réf des autres cercles, et souvent des CS ref de certains cercles du nord.

2.Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive à collecte rétrospective et prospective des données.

3.Période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive avec collecte retro prospective des données de la période allant du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2021, soit une rétrospective du 1er Janvier au 31 Décembre 2020 et une prospective du 1er janvier au 31 décembre 2021.

4. Population d'étude :

Notre étude a concerné toutes les parturientes reçues en salle d'accouchement du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti, qu'elles aient accouché quelle que soit la voie d'accouchement.

5. Echantillonnage :

L'échantillon a été constitué de tous les cas de ruptures utérines diagnostiquées avant, pendant le travail d'accouchement ou dans le post partum, pendant la période d'étude et dont la prise en charge a eu lieu dans le service.

5.1. Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude :

Tous les cas de rupture utérine diagnostiqués et prise en charge dans le service quel que soit le type anatomopathologique.

5.2. Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude :

- Les déchirures limitées du col utérin,
- Les plaies de l'utérus gravide d'origine traumatique,

6. Collecte des données :

Les sources de données ont été :

- les fiches d'enquêtes ;
- les dossiers d'accouchement ;
- les registres et carnets de CPN ;
- les registres de compte rendu opératoire ;
- les dossiers d'hospitalisation ;
- la technique : lecture interview.

7. Listes des paramètres étudiés :

Nous avons utilisé les variables suivantes :

- Le type de rupture
- Le moment de survenu
- Les circonstances de survenus
- Le lieu de survenu
- Le pronostic fœtal
- Le pronostic maternel
- La transfusion
- Le siège de la rupture
- Les lésions viscéral associées
- Le geste chirurgical
- Les suites opératoires
- Les types de complications post opératoires

8. Analyse et saisie des données :

La saisie de données a été faite grâce au Microsoft Word Office 2016 et l'analyse est faite grâce au logiciel SPSS 20.0. Les tests statistiques utilisés sont le khi2 avec $p < 5\%$. Pour les valeurs < 5 , le Fischer a été utilisé pour évaluer les relations entre les variables.

RESULTATS

V. Résultats

5.1. Fréquence :

Au cours de notre étude nous avons enregistré 2110 accouchements parmi lesquels il y a eu 63 ruptures

La rupture utérine a représenté 2,9 % des accouchements.

5.2. Aspects épidémiologiques cliniques :

Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Age (année)	Effectif	Pourcentage
13-18	7	11,1
19-25	16	36,5
26-35	37	58,7
≥36	3	4,8
Total	63	100,0

L'âge moyen de nos patientes était de 27,15 ans \pm 6,07 avec des extrêmes de 13 et 45 ans.

Tableau II : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié	62	98,4
Célibataire	1	1,6
Total	63	100,0

La quasi-totalité de nos patientes était des femmes mariées

Tableau III: Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	62	98,4
Commerçante	1	1,6
Total	63	100,0

Les ménagères étaient les plus nombreuses soit 98,4%.

Tableau IV: Répartition des femmes selon le niveau de scolarisation

Niveau de scolarisation	Effectif	Pourcentage
Non Scolarisée	62	98,4
Niveau secondaire	1	1,6
Total	63	100,0

La majorité de nos patientes était non scolarisée.

Tableau V: Répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
District sanitaire de Mopti	62	98,4
Hors du district	1	1,6
Total	63	100,0

La majorité de nos patientes résidait dans le district de Mopti.

Tableau VI : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif (n=63)	Pourcentage
Nullipare	8	12,7
Primipare	3	4,8
Paucipare	21	33,3
Multipare	31	49,2
Total	63	100,0

Les multipares avec 49,2% des cas étaient les plus représentées.

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	2	3,2
Drépanocytose	3	4,8
Sans antécédents	58	92,0
Total	63	100,0

La majorité de nos parturientes étaient sans antécédent médical.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	13	20,6
Rupture utérine	1	1,6
Sans antécédents	48	77,8
Total	63	100,0

Près de un quart avait un utérus cicatriciel.

Tableau IX: Répartition des patientes selon le mode d'admission

Admission	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle-même	5	7,9
Évacuée/ Référée	58	92,1
Total	63	100,0

La majorité des patientes ont été évacuées soit 92,1%.

Tableau X : Répartition des patientes selon le moyen de transport

Moyens	Effectif	Pourcentage
Ambulance	50	79,4
Transport en commun	7	11,1
Voiture personnelle	5	1,9
Autre	1	1,6
Total	63	100,0

Autre : Moto Taxi

L'ambulance était le moyen de transport le plus représenté soit 79,4%.

Tableau XI: Répartition des patientes selon les motifs d'évacuation

Motif d'évacuation	Effectif (n=58)	Pourcentage
Rupture utérine	6	9,5
Syndrome pré rupture	5	7,9
Hémorragie sur grossesse	9	14,3
Travail prolongé	3	4,8
Autres	35	92,1
Total	58	100,0

L'hémorragie était le motif d'évacuation le plus fréquent avec 14,3%, suivi de la rupture utérine avec 9,5%

Autres : -Dilatation stationnaire

-Défaut d'engagement

-Hauteur utérine excessive

Tableau XII : Répartition des patientes selon les structures de référence

Structure	Effectif	Pourcentage
Cscom	57	90,5
Csref	1	1,6
Venue d'elle-même	5	7,9
Total	63	100,0

90,5% de nos patientes ont été référées par les Cscom.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la présence de la fiche de référence

Fiche référence	Effectif	Pourcentage
Oui	43	68,3
Non	20	31,7
Total	63	100,0

Une fiche de référence accompagnait les patientes dans 68,3%.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la présence du partogramme

Partogramme	Effectif	Pourcentage
NonI	61	96,8
Oui	2	3,2
Total	63	100,0

Presque la totalité de nos patientes n'avaient pas bénéficiés de partogramme pour la surveillance du travail d'accouchement.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la tension artérielle (TA)

TA	Effectif	Pourcentage
Basse	41	65,1
Normale	22	34,9
Total	63	100,0

La tension artérielle était basse chez 65,1% des patientes.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le pouls

Pouls	Effectif	Pourcentage
Normal	16	25,4
Tachycarde	47	74,6
Total	63	100,0

La majorité des patientes était tachycarde à l'admission.

Tableau XV : Répartition des patientes selon le l'état du bassin

Bassin	Effectif	Pourcentage
Normal	61	96,8
Limite	2	3,2
Total	63	100,0

L'état clinique du bassin osseux était jugé normal chez 96,8.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le mode de déclenchement du travail d'accouchement

Déclenchement	Effectif	Pourcentage
Misoprostol	3	4,8
Non déclenché	60	95,2
Total	63	100,0

Le misoprostol a été utilisé pour le déclenchement chez 4,8% de nos patientes.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'utilisation de l'ocytocine

Ocytocine	Effectif	Pourcentage
Oui	12	19,0
Non	51	81,0
Total	63	100,0

L'ocytocine a été utilisé chez 19% de nos patientes.

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon les circonstances de survenues

Circonstances	Effectif	Pourcentage
Bassin limite	2	3,2
Utilisation d'ocytocine	12	19,0
Déclenchement par le misoprostol	3	4,8
Travail prolongé	3	4,8
Déroulement anormal du travail	5	7,9
Accouchement non assistée	5	7,9
Surveillance non assurée par partogramme	61	96,8

5.3. Aspects thérapeutiques :

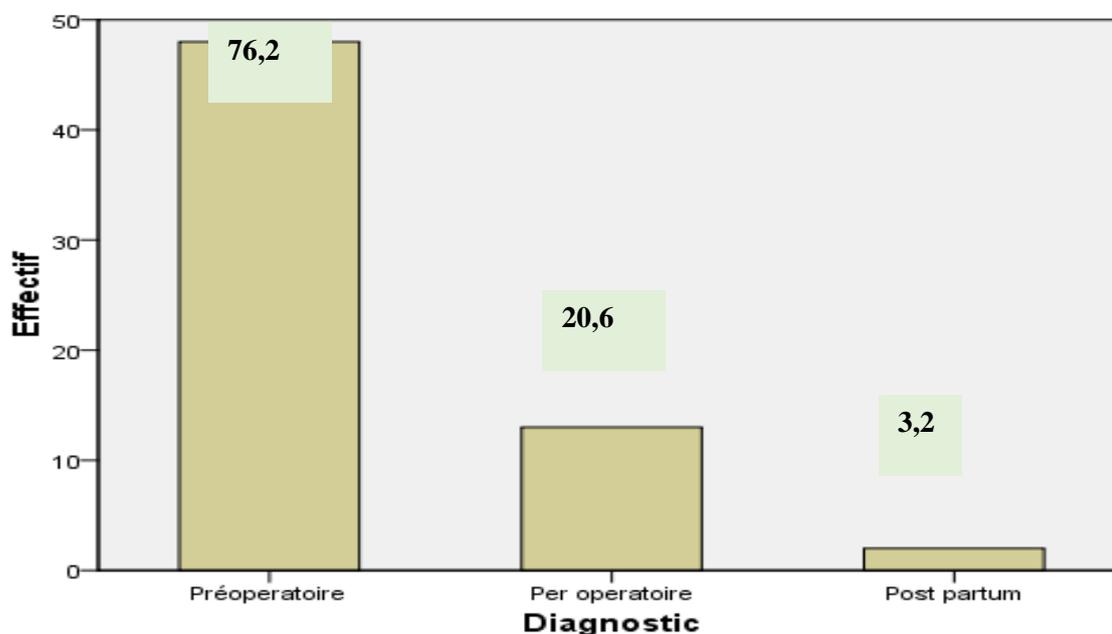


Figure 9 : Répartition des femmes selon le moment de la rupture

La rupture utérine était diagnostiquée dans 76,2% en préopératoire.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le type de rupture

Type de rupture	Effectif	Pourcentage
Complete	48	76,2
Incomplète	15	23,8
Total	63	100,0

Dans 76,2% des cas, la rupture était complète.

Tableau XX : Répartition des femmes selon le siège

Siège	Effectif	Pourcentage
Corporéale	18	28,6
Segmentaire	41	65,1
Segmento-corporéale	4	6,3
Total	63	100,0

La rupture segmentaire était la plus représentée avec 65,1% des cas.

Tableau XXI: Répartition des patientes selon une lésion de la vessie

Atteintes de la vessie	Effectif	Pourcentage
Oui	3	4,8
Non	60	95,2
Total	63	100,0

Une lésion vésicale était observée chez 4,8% des patientes.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon le geste thérapeutique

Chirurgie	Effectif	Pourcentage
Hystérectomie	3	4,8
Hystérorraphie avec ligature tubaire	2	3,2
Hystérorraphie sans ligature tubaire	58	92,0
Total	63	100,0

Une chirurgie conservatrice a été réalisée chez 95,2% des patientes.

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la transfusion sanguine

Transfusion	Effectif	Pourcentage
Oui	62	98,4
Non	1	1,6
Total	63	100,0

98,4% des patientes ont bénéficié d'une transfusion

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le nombre de poche reçu

Poche	Effectif	Pourcentage
1-3	45	72,6
4-6	17	27,4
Total	62	100,0

La majorité de nos patientes transfusées avait reçu entre 1 et 3 poches de sang soit 72,6%.

Tableau XXV : Répartition des patientes selon l'état des nouveau-nés

Nouveau nés	Effectif	Pourcentage
Vivant	3	4,8
Mort-né frais	37	58,7
Mort-né macéré	23	36,5
Total	63	100,0

La mortalité foetale était de 95,2%.

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon l'évolution post opératoire

Évolution	Effectif	Pourcentage
Simple	61	96,8
Complication	2	3,2
Total	63	100,0

L'évolution était simple dans presque la totalité des cas.

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon les complications

Complications	Effectif	Pourcentage
Suppuration pariétale	1	50,0
Péritonite	1	50,0
Total	2	100,0

—→ **L'antibiothérapie était systématique chez toutes les patientes.**

—→ **Toutes les patientes ont été opérées sous anesthésie générale.**

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. Commentaires et discussion

1. Difficultés et contraintes liés à l'étude :

- La problématique d'approvisionnement en sang à l'hôpital pour la prise en charge de la rupture.
- Les dossiers étaient difficilement retrouvables au niveau des archives.

2. Fréquence

Nous avons mené une étude descriptive à collecte des données rétrospective et prospective qui s'est déroulée du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2021 à l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti.

Durant cette période d'étude, nous avons enregistré 63 cas de rupture utérine sur 2110 accouchements soit une fréquence de 2,98%.

Berthé FK [27] au CSRef CVI du district de Bamako a trouvé une fréquence de 0,43% soit 89 cas sur 20864 accouchements. **Koita R** [28] et **Traoré Y** [25] avaient trouvé respectivement 0,18% et 1,3%.

Dans nos pays en développement, les chiffres varient de 0,6% à 2,33% [21, 29].

Certains auteurs expliquent ce taux élevé par la difficulté d'accès aux soins, tandis que d'autres le rattachent au fait que les pays en développement, en particulier l'Afrique Sub-saharienne, est sous-médicalisée [28, 29].

Nous constatons que la fréquence de cette pathologie varie d'un pays à un autre et dans le même pays d'une structure de santé à une autre :

- **Gueye L** [2] au Sénégal : 1/172 (0,58%) ; 2016.
- **Kabibo S** [30] au Bénin : 1/135 (0,70%) ; 2015.
- **Amate P** [32] en Algérie : 1/763 (0,128%) ; 2014.
- **Diakité Y** [24] au Mali : 1/268(0,37%) ; 2011.

En général, les fréquences sont beaucoup plus élevées dans les pays pauvres que dans les pays fortement médicalisés. Cela s'explique par la gestion des principaux facteurs de risques :

-la maîtrise des naissances,

-un meilleur suivi général et une surveillance compétente du travail, l'abandon des manœuvres obstétricales dangereuses.

1. Caractéristiques sociodémographiques :

❖ Age :

La rupture utérine peut toucher toutes les tranches d'âges chez les femmes en activité génitale. Dans notre étude, l'âge moyen de nos patientes était de $27,15 \pm 6,07$ ans avec des extrêmes de 13 et 45 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 26-35 ans avec 58,7%. Cette tranche est rapportée dans la littérature Africaine [33, 34]. La tranche d'âge comprise entre 26 et 35 ans a été retrouvée par la plupart des auteurs Africains : **Bohoussou K** [44] en Côte d'Ivoire, **Bayo A** [49] au Mali, **Zhiri M.A** [35] au Maroc, **N'gassa P.A** [35] au Cameroun, **Traoré Y** [25] au Mali et **Berthé FK** [27] au Mali.

Koné M [37] attribue 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 âges inférieurs à 15 ans et supérieurs à 35 ans.

❖ Niveau d'instruction

Concernant le niveau d'instruction ; la majorité soit 98,4% de nos patientes était non scolarisée. Notre taux concorde avec celui retrouvé par **Berthé FK** [27] chez qui 55,1% des femmes n'étaient pas scolarisées.

Une femme analphabète recherche moins des soins professionnels que celle alphabétisée : soit parce qu'elle est effrayée et désemparée dans le monde étranger des services de santé ; soit parce qu'elle n'est pas consciente des possibilités offertes par les agents de santé. Ceux-ci associés à l'insuffisance ou

au manque de consultation prénatale sont des facteurs péjoratifs favorisant la survenue de la rupture utérine.

2. La parité :

Dans notre étude, les multipares ont représenté 49,2%. Les résultats rejoignent ceux des auteurs comme **Diakité Y** [24] et **Koïta R** [28], pour dire que la fréquence des ruptures utérines croît avec la parité à cause des modifications histologiques du muscle utérin. L'étude a permis d'être du même avis que **Drabo A** [37] et **Diaby M** [38] qui trouvent que "la prédisposition des multipares à la rupture utérine est une notion classique qui mérite d'être conservée" par une vigilance accrue.

3. Motifs et mode d'admission :

Dans notre étude, la majorité des femmes ont été évacuées soit 92,1%. Et l'ambulance était le moyen de transport le plus représenté soit 79,4%. L'hémorragie était le motif d'évacuation le plus fréquent avec 14,3%.

Nos parturientes arrivaient au service le plus souvent dans un tableau de rupture utérine déjà constituée. Ceci pourrait s'expliquer par une insuffisance dans la surveillance du travail d'accouchement au niveau des CSCom et CSRef, l'utilisation abusive des utérotoniques et par les pratiques les manœuvres obstétricales obsolètes.

L'étude multicentrique menée par **Cazenave** [39] est à cet égard ; elle nous renseigne que 84% des femmes avec une rupture utérine avaient fait l'objet d'une évacuation de brousse après un travail prolongé. **Hodonou** [40], lui révèle aussi que 35,15% des ruptures utérines ont lieu pendant le trajet d'évacuation.

4. Caractéristiques cliniques :

Dans notre étude, la plupart de nos patientes étaient en hypotension soit 65,1%. **Coulibaly M** [47] au CSRef de Bougouni en 2020 a retrouvé 16,3% de cas d'hypotension à l'admission. Dans l'étude de **Rachef K** [41], 5,4% des patientes avaient une hypotension à leur admission.

Dans notre étude, le bassin était limité dans 3,2% des cas. Ce fait pourrait s'expliquer par le faible taux de CPN qui permet de détecter précocement les bassins chirurgicaux. Notre résultat proche de celui de **Coulibaly M** [47], chez qui, 7% des gestantes avaient un bassin limite ; mais contraire a celui de **Rachef K** [41], chez qui, la totalité des patientes avaient un bassin normal soit 100%. Le diagnostic de la rupture a été préopératoire chez la majorité de nos gestantes soit 76,2%. La rupture était complète dans 76,2% des cas ; un résultat supérieur a celui de **Bako M** [42] qui a enregistré 88 cas de ruptures complètes soit 63%.

Le siège de la rupture était segmentaire dans 65,1% des cas. **Bako M** [42] et **Camara S** [43] avaient rapporté pour le siège segmentaire un taux respectif de 45% et 42,8%. Dans la série de **Diakité Y** [24], **71,1%** de ruptures étaient complètes et le siège de la rupture était segmentaire dans **58%**. Dans la littérature contemporaine : **Bohoussou K** [44], **Diouf A** [49] et **Zhiri MA** [34] comme dans notre étude, les ruptures siégeant au niveau du segment inférieur sont les plus fréquentes. L'atteinte de la vessie était présente chez 4,8% de nos gestantes. Dans l'étude de **Bako M** [42], lésions vésicales étaient associées à la rupture utérine dans 1,4% des cas. **Koïta R.** [28] et **Diakité Y** [24] ont trouvé respectivement 32% et 0,7% de lésions vésicales.

Ces résultats témoignent que l'atteinte vésicale est assez fréquente au cours des ruptures utérines [46].

5. Prise en charge :

Le traitement de toute rupture diagnostiquée est d'abord chirurgical en vue d'assurer une hémostase correcte.

Dans notre étude, une chirurgie conservatrice a été réalisée dans 95,2% des cas, une hystérorraphie avec ligature tubaire dans 3,2% des cas et une hystérectomie totale dans 4,8% des cas.

Dans l'étude de **Bako M** [42], 47,1% d'hystérorraphie simple, 28,3% d'hystérorraphie plus ligature et résection des trompes et 23% d'hystérectomie ont été réalisées.

Coulibaly M [47] a rapporté 93% d'hystérorraphie sans ligature tubaire, un seul cas d'hystérorraphie avec ligature tubaire soit (2,3%) et 4,7% d'hystérectomie totale. Toutes nos parturientes ont reçu une antibiothérapie soit 100% et 98,4% ont bénéficié d'une transfusion sanguine. Des résultats similaires à ceux de **Bako M** [42] chez qui 100% des gestantes ont bénéficié une antibiothérapie et 61% ont bénéficié d'une transfusion de sang.

6. Pronostics maternel et fœtal :

a. Pronostic maternel :

Dans notre étude, l'évolution post opératoire était simple dans la quasi-totalité des cas soit 96,8%. Nous avons constaté 2 cas de complication soit 3,2%. Ces complications étaient : 1 cas de suppuration pariétale et un cas de péritonite.

Berthé FK [27] a rapporté 31,5% de complications infectieuses.

Bako M [42] dans son étude au CHU du Point G, a enregistré 23,9% cas d'anémie post opératoire et 4,3% de suppuration pariétale et d'endométrite.

Diakité Y [24] a trouvé 15,6% de suppuration pariétale ; 7,4% d'endométrite et 0,7% de phlébite.

Nous n'avons enregistré aucun cas de décès. Notre taux est inférieur à celui de **Berthé FK** [27], chez qui, 13 décès maternel soit 14,6% a été rapporté.

Dans l'étude de **Bako M** [42], il a été enregistré 13 cas de décès soit 9,4% dont 5 décès constatés à l'arrivée.

Il a été rapporté que le taux de décès maternel est compris entre 2 et 20% dans les pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne [50].

b. Pronostic foetal :

La rupture utérine constitue un facteur de morbidité et de mortalité foetale importante. Elle résulte de la souffrance foetale aiguë liée à l'arrêt de la circulation utéroplacentaire. La mortalité foetale était de 95,2% dans notre étude et nous avons enregistré 3 nouveau-nés vivants.

Coulibaly M [47] a rapporté un taux de mortalité foetale de 65,1%. Dans son étude, 15 nouveau-nés étaient vivants.

Dans l'étude de **Berthé FK** [27], le taux de décès périnatal était de 90%. Elle a enregistré 9 nouveau-nés vivants.

Le taux de mortalité foetale varie entre 45 et 90% dans les pays sous-médicalisés, pour l'Occident il est nul en cas de déhiscences, et aux environs de 30% pour les ruptures utérines graves. Le pronostic foetal est sombre en cas de rupture utérine, surtout sur utérus sain. Le fœtus paye un lourd tribut à la rupture utérine. [50]

**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS**

Conclusion

La rupture utérine est l'une des complications les plus dramatiques du travail d'accouchement. Elle compromet directement la vie fœtale et maternelle. Ce qui fait d'elle un problème de santé publique majeur.

Les étiologies sont dominées par la multiparité, l'utilisation abusive d'ocytocine et les cicatrices utérines.

Le pronostic materno-fœtal lié à la rupture utérine reste mauvais.

Un meilleur dépistage des populations à risque à travers des CPN de qualité (CPN recentrée), un diagnostic précoce et une prise en charge rapide et adéquate des patientes permettront d'améliorer le pronostic materno-fœtal.

Recommandations

❖ À l'endroit de la population

- Fréquenter des consultations prénatales et ce dès le début de la grossesse ;
- Éviter les retards dans les recours aux soins ;
- Accoucher dans les structures médicalisées ;
- Participer aux dons volontaires de sang.

❖ À l'endroit des agents socio-sanitaires :

- Respecter les politiques, normes et procédures en matière de santé de la reproduction ;
- Intensifier la Communication pour le Changement de Comportement à l'endroit des communautés en l'occurrence sur les risques liés à l'accouchement à domicile, les pratiques traditionnelles néfastes ;
- Organiser les services de santé pour un meilleur accueil et prise en charge des patientes ;
- Faire des consultations prénatales de qualité (CPN recentrées) ;
- Utiliser correctement le partogramme dans la surveillance du travail d'accouchement ;
- Analyser et interpréter correctement les anomalies du partogramme en vue d'une référence à temps ;
- Préconiser l'accouchement sur utérus cicatriciel dans les structures disposant de blocs opératoires fonctionnels ;
- Intensifier la surveillance du travail d'accouchement sur utérus cicatriciel.

❖ Aux autorités sanitaires :

- Renforcer les compétences des prestataires de façon régulière

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques

1. **Diakité I.** La rupture utérine au CSREF de Koutiala. Thèse de Médecine Bamako. 2010 ; N°10M283 ; 89p.
2. **Gueye L , Thiam M , Niang M, Sarr FR , BAPA. S Mahamat M.L Cisse, J.C Moreau** Ruptures utérines à l'hôpital régionale de Thiès Sénégal journal de la SOMAGO 2016.
3. **Ozdemi I, Guycel N, Guycel O.** Rupture of the prégnant utérus a 9-year review are gynecologist obstetrics 2005 ;272
4. **Bretanes S,Cousin C ,Gualandi M ,Melilier Cr.** Rupture utérine .A case of spontaneous rupture in a thirty week primiparous gestation y gynecol abslet biol Reprod 1997 :26
5. **Usse M .C, Sylla MD , Gaye Bu Gueye M ; Gueye M ; Diouf A.** La RU en Banlieue dakaroise (senegal) 2009 ;4
6. **Sépou A ; Yanza MC N'guenbbi E et al.** Les RU à la maternité de l'hôpital communautaire de Bangui. Med trop 2002 ;62 :517-20
7. **Sanogo F.** Pronostic materno foetal des ruptures utérines au CHU Gabriel Touré à propos de 44 cas. Memoire de médecine , Diplome d'Etude Spécialisée(DES) en gynécologie et obstétrique ,2018.
8. **Dolo A ; Keita ; Diakité FS ; Adenou .AKS ; Maiga B.** Les RU au cours du travail à propos de 21 cas observés au service de gynécologie obstétrique du CHU point G ; Bamako. Med Afri Noir 1991 :38(2) :133-134
9. **Diallo FB ; Idi N ; vangeenderhuysen C ; Barake O.** La RU à la maternité centrale de Niamey (Niger) Aspects epidemiologique stratégies de prévention ; Med afr Noi 1998 :45 ;310(15)
10. Encyclopaedia universalis France, femme enceinte : croissance de l'utérus gravide
11. Medical guides lines ,MSF ,Soins obstetricaux et neonatales essentiels .2023 ,50p
12. **Chalat A.** Aspect epidemio clinique et prise en charge des utérus multi cicatriciel à propos de 52 cas. Thèse de Med 2011 ; N°11M213 ; 91p.
13. Medical guides lines ,MSF ,Soins obstetricaux et neonatales essentiels .2023 ,50p
14. **Diabaté A K.** Rupture utérine à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes ;Thèse de médecine Bamako 07M98
15. **Diaz J .D ;Mann W.J.D ,Jones J ,Seryakov M** ,uterine rupture and dehiscence : Southern Medical Journal,vol.95,n 4,2002,p431.5

- 16.Mayd .R ;Larribau,**Approche diagnostic aux urgences des hopitaux universitaires de génève ,Nouveau journal de medecine,vol351,no25,2004,p2581-9(consulté le 13 Novembre 2023)
- 17.Merger R,Levy j, Melchior J.:** précis Obstétrique, 6 editions,masson,Paris ; 1995 ; 597 p.
- 18.Konare F.** Rupture utérine à l'hopital Somine DOLO de Mopti .Thèse de médecine Bamako 08M306
- 19.Seme K.** Rupture utérine à l'hopital Niamakoro Fomba de segou . Thèse de Médecine Bamako.2010, N°10M443,79p.
- 20.Tete ED KVS; Djahoto KF F, Akpadza K, Baeta S, Hodonou AKS.** Les ruptures utérines au CHU de Tokoin-Lomé :à propos de 56 cas colligés de janvier à décembre 1994 ,Rev .FR Gynéco obstét ;91-12
- 21.Soltan M . Khashoggit H.** Pregnancy following rupture of the pregnant uterus.intern at journal of gynecia and obstetric 1996,52 :37-42
- 22.El Mansouri A.** Les accouchements sur utérus cicatriciel :à propos de 150 cas Rev Fr gynecol obstet 1994 ;89,12 :606-612
- 23.Sanogo A C.** Rupture utérine au centre de Santé de référence de Kadiolo.Thèse de médecine Bamako 09M271
- 24.Diakité Y.** La rupture utérine ay centre de santé de reference de la commune V du district de Bamako.Thèse de médecine Bamako 11M267
- 25.Traore Y, Teguate I, Dicko F T, Diallo A, Djire M Y, Traore B, et al.** Accouchement dans un contexte d'utérus cicatriciel au CHU GT de janvier 2007 à décembre 2008 :modalités et complications.Médecine d'Afrique Noire2012 ;n11 ,Vol 59 :511515
- 26.Chamiso B.** Rupture of pregnant uterus in Shashemene general hospital ,South ,Shoal,Ethiopia (a three year study of 5 cases Ethiopian Medical journal 1995 oct ;33,4 :25-7
- 27.Berthé FK.** Les ruptures utérines : Aspect épidemioclinique et pronostic materno-foetal au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. Thèse de Med Juin 2022 ; N°22M125 ; 144p.
- 28.Koita R.** Rupture utérine au CSRef de la commune V : thèse de médecine Bamako(Mali) ; 2017
- 29.Cisse CT, Faye EO, De Bernis L, Diadhiou F.** Rupture utérine au Sénégal : é pidémiologie et qualité de la prise en charge. Méd Trop 2002 ;62 : 619-22.
- 30.Kabibo S, Sambo B A, Tchaou B A, Sidi R, Denakpo J, Lokossou A, Perrin R X.** Les ruptures utérines à l'hôpital de référence de PARAKOU (BENIN): Aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques.Faculté de Médecine, Université de Parakou

(Bénin).European Scientific Journal August 2015 édition vol.11, N°.24
ISSN : 1857 – 7881 (Print) e – ISSN 1857 – 7431.

31. **Vangeenderhuysen C, Suidi A.** Rupture utérine sur utérus gravide : étude d'une série continue de 63 cas à la maternité de Niamey (Niger). *Med Trop* 2002 ;62: 615-18.
32. **Amate P, Seror J, Aflak N, Luton D.** Rupture utérine pendant la grossesse. *EMC – Obstétrique*, 9(4) :1-10 [Article 5-080-A-10].
33. **Padhye SM.** Rupture of the pregnant uterus. A 20 years review. *Kathmandu Univ Med J* 2005;3(3):234-38.
34. **Zhiri Ma, Ader Dour M et Zaher N.** Étude comparative de 2 séries de ruptures utérines colligées au CHU-AVERROES de Casablanca de 1979 à 1981 et de 1984 à 1986. *J. Gynécol.Obstét. Biol.Réprod.* 1989, 18,206-12.
35. **Ngassa PC, Shasha W, Kouam L, Doh AS et Kamdommoyo J.** Les ruptures utérines au CHU de Yaoundé (Cameroun), une étude rétrospective sur 10 ans. 3ème congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d'obstétrique. Volume des Résumés ;1994.
36. **Koné M et Diarra S.** Les ruptures utérines au cours de la grossesse, *Encyclmed. Chir (Paris – France. Obstétrique* 1995, N 4).5 080-A-10 -78.
37. **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.
38. **Diaby M.** Les urgences gynéco - obstétricales au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako à propos de 184 cas, Thèse Med, Bamako, 2008.
39. **Cazenave J c, Breda J y, Belier L, Nicoloso E, Courbill j.** Les ruptures utérines en Afrique Noire. Un problème toujours d'actualité. Résultats d'une enquête rétrospective sur 453 cas dans six centres d'Afrique Noire inter-tropicale. *Chirurgie* 1988 ; 114 :76-82.
40. **Hodonou AKS, Schmidt H et Vovor M.** Les ruptures utérines en milieu Africain au CHU de Lomé à propos de 165 cas. *Med. Afr, noire* 1983, 30: 507-517.
41. **Rachef K, Berrah H.** Rupture utérine. Thèse de Médecine. Bejaia : faculté de médecine de Bejaia, 2016, N°6, 131.
42. **Bako Mariama M.** Etude épidemio – clinique, thérapeutique et pronostique de la rupture utérine dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU du « Point G ». Thèse de Med 2019 ; N°19M360 ; 139p.

- 43. Camara S.** Problématique de la rupture utérine dans le service de gynécologie obstétrique du CHU point g (à propos de 84 cas). Thèse de médecine Bamako 2015 n°170.
- 44. Bohoussou K, Houphouet K B, Anoma M et Sangaret MA.** Ruptures utérines au cours du travail. À propos de 128 cas, Afr. Med. 1978, 17, (162), 467- 478.
- 45. Diouf A, Dao B, Diallo D, Morenra P et 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.
- 46. Kouakou P, Djanhan J, Doumbia Y, Djanhan L, Ouattara M.** Rupture utérine : aspects épidémiologiques et pronostic fœto-maternel à la maternité du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire). Rev CAMES 2007 ; 05 : 287-91.
- 47. Coulibaly Mohamed.** Ruptures utérines : aspects epidemio-cliniques, thérapeutique et pronostic au centre de sante de référence de Bougouni. Thèse de Med Novembre 2020 ; N°20M318 ; 118p.
- 48. Bayo A.** Les ruptures utérines à propos de 58 cas recensés à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de Médecine, Bamako (Mali), 1991.
- 49. Bohoussou K, Houphouet K B, Anoma M et Sangaret MA.** Ruptures utérines au cours du travail. À propos de 128 cas, Afr. Med. 1978, 17, (162), 467- 478.
- 50. El Mansouri A.** Les accouchements sur utérus cicatriciel :à propos de 150 cas Rev Fr gynecol obstet 1994 ;89,12 :606-612

ANNEXES

Annexes

• FICHE D'ENQUETE

I. Identité

Fiche n:/...../

I- Identification de la patiente

Date d'entrée:/.../.../.../

Q1 Prénom(s) et nom :.....

Q2 Age : : /.../.../

Q3 Résidence : /.../ 1-District de Mopti 2-Autre district de Mopti

II. Caractéristiques sociodémographiques

Q4 Statut matrimonial : /.../ 1.mariée 2.célibataire 3.divorcée 4.veuve

Q5 Niveau d'étude : instruite :/.../ 1.oui 2. non

Q5a Si oui : /.../ 1. Primaire 2. Secondaire 3. Supérieur 4. École coranique
5. Autres à préciser.....

Q6 Profession : /.../ 1. Ménagère 2. Elève/étudiante 3. Salariée
4. Commerçante 5. Autres à
préciser.....

III. Admission

Q7 Mode d'admission : /.../ 1. Évacuée 2. Référée 3. Venue d'elle-même

Q8 Moyen de transport : /.../ 1. Ambulance 2. Transport en commun (taxi)
3. voiture personnelle 4. Autre à
préciser.....

Q9 Provenance:/.../ 1. Commune de Mopti 2.hors commune de Mopti

Q10 Distance parcourue /.../.../.../

Q11 Heure de prise de décision d'évacuation : /.../.../

Q12 Heure d'arrivée à l'hôpital :/.../.../

Q13 Délai d'admission (délai entre décision d'évacuation et d'admission à
l'hôpital en heure) : /.../.../.../

Q14 Motif d'évacuation: /...../ 1 .travail prolonge 2 .hémorragie 3.syndrome de pré rupture 4.rupture utérine 5.autres a préciser

.....

Q15 Fiche de référence : /...../ 1.Oui 2. Non

Q16 Partogramme : /...../ 1.oui 2.non

Q16a si oui : /...../ 1-1Bien rempli 1-2 mal rempli

IV. -Antécédents :

Q17 Médicaux : /...../ 1-HTA 2-Diabète 3-Drepanocytose 4-Sans antécédant 5.autre pathologie

Q18 Chirurgicaux : /...../ 1. Oui 2. Non

Q18a Si oui : /...../ 1-Cesarienne 2. Myomectomie 3. Cure de fistule vésico-vaginale 4-Rupture utérine 5-Salpingectomie 6-Autre à préciser

Q19 Obstétricaux :

Q20 Gestité : /...../ 1-Primigeste 2-Paucigeste 3-Multigeste

Q21 Parité : /...../ 1-Nullipare 2-Primipare 3-Paucipare 4-Multipare

Q22 Nombre d'enfant vivant : /...../...../

Q23 Intervalle inter génésique : /...../ 1-Inferieur à 2ans 2-Superieur à 2ans

V. Examens cliniques

Q24 Mode de début de travail : /...../ 1-Declenché 2-Spontané

Q24a Si déclenché : /...../ 1-Misoprostol 2-Declenchement mécanique

Q25 Déroulement du travail : /...../ 1. à domicile 2.au CSCOM 3. CSRéf
4-Hopital

Examen physique à l'entrée :Etat général

Q26 TA : /...../ 1 <14 /9 2 >14/9

Q27 POULS : /...../ 1<80batt/min 2-80-100 batt/min 3> 100batt/min

Q28 Conjonctives : /...../ 1-Pales 2-Moyennement colorées 3-Colorées

Q29 Obstétrical : HU : /...../ a<32cm b-32-36cm c->36cm

Q30 Utilisation de l'ocytocine : /...../ 1-Oui 2-Non

Q31 Variété de présentation : /...../ 1-Cephalique 2-Siège 3-Transversale

Q32 BCF : /...../ 1. Présents 2. Absents

Q33 Bassin : /...../ 1. Normal 2. Limite 3. Rétréci

VI. Diagnostic de la R.U :

Q34 Diagnostic : /...../ 1. Préopératoire 2. Per opératoire 3. Post-partum

Q35 Emplacement du fœtus : /...../ 1-Abdominalisé 2-Intra utérin

Q36 Type de rupture : /...../ 1. Complète 2. Incomplète

Q37 Siège : /...../ 1. Segmentaire 2. Corporeale 3. Segmento-corporeal

Q38 Atteinte vésicale : /...../ 1-Oui 2-Non

VII. Méthode de traitement

Q39 Type de chirurgie : /...../ 1-Hysterorraphie sans ligature tubaire

2-Hysterorraphie avec ligature tubaire 3. Hystérectomie

Q40 Transfusion : /...../ 1-Oui 2-Non

Q41 Quantité reçu (nombre de poche) : /...../...../

Q42 Antibiothérapie : /...../ 1-Oui 2- Non

VIII. Pronostic

Q43 Evolution : /...../ 1-Suites simples 2- Complications

Q44 Complications maternelles : /...../ 1. Infection pariétale 2. Endométrite

3. Péritonite 4. Septicémie 5. Anémie 6. Phlébite 7. Décès 8. Autres

Q45 Pronostic fœtal :

Nouveau-né : /...../ 1-Vivant 2-Mort-né : a-Frais..... b-Macéré

Asphyxie néonatale : /...../ 1- Oui 2-Non

Apgar : /...../ a-1-3 b- 4-7 c- supérieur ou égal à 8

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : WALET SALEH

PRENOM : Fadimata Hamed

TITRE : aspect épidémio-clinique et thérapeutique de la rupture utérine dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti

ANNEE DE SOUTENANCE : 2022-2023

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMPOS

RESUME :

Introduction : La rupture utérine constitue une des principales causes de mortalité maternelle au Mali. Le but de ce travail était d'étudier les ruptures utérines à HSDM.

Méthode : nous avons réalisé une étude transversale descriptive portant sur tous les cas de ruptures utérines confirmées et prises en charge dans le service entre le 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2021

Résultat : La fréquence de la rupture utérine est de 2,9%, 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. L'hystérogrophie sans ligature tubaire a été pratiquée dans 92 % des cas, la transfusion a été faite chez 98,4% des cas

Les suites opératoires ont été simples dans 96,8% des cas. Les létalités maternelle et fœtale sont respectivement de 3,2% et de 95,2%.

Conclusion : La rupture utérine est une urgence chirurgicale. L'hystérorraphie donne de bons résultats thérapeutiques chaque fois qu'il s'agit de rupture aux bords nets sans signes de nécrose, par contre l'hystérectomie s'impose quand les lésions sont étendues et qu'une nécrose est présente.

Mots clés : Rupture utérine, dystocie mécanique, pronostic materno-fœtal.

Abstract:

NAME : WALET SALEH

FIRST NAME: Fatimata Hamed

TITLE: epidemio-clinical and therapeutic aspect of uterine rupture in the obstetrics and gynecology department of the Sominé DOLO hospital in Mopti

YEAR OF DEFENSE: 2023

CITY OF SUPPORT: Bamako

COUNTRY OF ORIGIN: MALI

PLACE OF DEPOSIT: FMPOS Library

SUMMARY :

Introduction: Uterine rupture is one of the main causes of maternal mortality in Mali. The aim of this work was to study uterine ruptures at HSDM.

Method: we carried out a descriptive cross-sectional study covering all cases of uterine rupture confirmed and treated in the department between January 1, 2020 and December 31, 2021.

Result: The frequency of uterine rupture is 2.9%, large multiparous women are the most affected, cesarean scar separation, mechanical dystocia and excessive use of oxytocics are the main causes of this complication of childbirth. Hysterorrhaphy without tubal ligation was performed in 92% of cases, transfusion was done in 98.4% of cases.

The postoperative course was simple in 96.8% of cases. Maternal and fetal fatalities are 3.2% and 95.2% respectively.

Conclusion: Uterine rupture is a surgical emergency. Hysterorrhaphy gives good therapeutic results whenever there is a rupture with clear edges without signs of necrosis, on the other hand hysterectomy is necessary when the lesions are extensive and necrosis is present.

Key words: Uterine rupture, mechanical dystocia, maternal-fetal prognosis.

- **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 à 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, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de 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 !