

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique



U.S.T.T-B

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire 2023-2024

Thèse N°/...../

République du Mali

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



TITRE

**Rupture utérine pendant le travail au centre de santé de référence
de la commune V de Bamako**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le ----- 2024 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par :

M. Moumouni TRAORE

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

Membres du Jury

Président : M. Amadou Bocoum, Maitre de conférences agrégé

Membres : M. Saleck Doumbia, Gynécologue Obstétricien

Co-directeur : M. Abdoulaye Sissoko, Maitre-assistant

Directeur : M. Soumana Oumar Traoré, Maitre de conférences agrégé

DEDICACES

A ma mère Ramatou Dembélé

Femme courageuse, brave, croyante et généreuse, tu as su bien prendre soin de nous tes enfants. Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que tu as consentis pour moi. Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la rigueur, le respect de soi et des autres. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. Ton principal souci a toujours été la réussite et le bonheur de tes enfants pour lesquels tu as consenti des sacrifices incommensurables. Je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils. Ce travail est le couronnement de tes efforts. Puisse Allah te garder encore longtemps auprès de nous afin que tu puisses goûter aux fruits de ton labeur. Amine !!!

JE T'AIME !

A ma mère Mamou Diarra

Une panoplie de mots ne pourrait exprimer tout l'amour que je ressens pour toi. Tu m'as appris à ne jamais baisser les bras peu importe les obstacles, à faire face aux problèmes et assumer mes décisions quel qu'en soit l'issue. Merci pour toutes les valeurs que tu m'as inculquées, pour ton soutien indéfectible et ta tendresse. Tu m'as procuré tout ce dont j'avais besoin sans la moindre hésitation. Puisse Allah t'accorde une longue vie dans la santé.

JE T'AIME !

A mon père Mohamed Traoré

Les phrases aussi éloquentes ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance. Tu as toujours été ma source d'inspiration, mon repère. Merci pour l'éducation que tu m'as donnée, merci pour l'investissement, les prières et les

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

encouragements. Ce travail est le témoignage de toutes vos années de sacrifices. Puisse Allah t'accorder une longue vie afin de jouir des fruits de ce parcours de longue haleine.

JE T'AIME !

À ma grand-mère Kadidjatou Kamian

Tu m'as tellement comblé d'affection et d'amour que mes frères et sœurs en étaient jaloux. Les mots me manquent pour exprimer toute ma gratitude et m'accueillir sous ton toit, d'avoir supporté mes caprices. Merci de m'avoir rassurée dans mes moments de doute, boostée quand il le fallait mais également grondée quand je le méritais !!! Merci de t'avoir sacrifiée pour me donner une éducation exemplaire et d'avoir fait de ma réussite une de tes préoccupations. Je me souviendrai toujours de tes conseils qui continuent de me guider jour après jour.

À mon grand Frère Lassina Traoré

Mon confident, mon ami et mon second père, celui qui est toujours présent quand j'en ai besoin. Tu ne peux pas savoir combien je t'aime, tu as tous mon respect et toute ma considération. Puisse ALLAH dans sa miséricorde infinie te bénir d'avantage, te protège, t'assiste dans tout ce que tu entreprendras. Amine Ce travail est le fruit de tout ton effort, Allah seul sait ce que tu as eu a fait pour que je puisse avoir ce titre. Qu'Allah bénisse ton foyer, merci et sache que je ne pourrai jamais te remercier assez.

Je T'AIME !

A toutes les mamans au monde, particulièrement à celles qui ont perdu la vie en donnant la vie. Aucune femme au monde ne doit subir un tel sort. Puisse Allah vous accueillir dans son éternel demeure. Amine

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

REMERCIEMENTS

Au nom d'Allah, le tout miséricordieux, le très miséricordieux. Je rends grâce à Allah. Je dédie ce travail à... Allah, le tout puissant, le clément, le miséricordieux. Par sa bonté et sa grâce, il m'a été possible de mener à terme ce travail. Fasse que je me souviens de sa miséricorde en toute circonstance, à chaque instant de ma vie, cette vie éphémère comparée à celle que tu promets à ceux qui suivent ton chemin à travers le prophète **Mohamed** (paix et salut sur lui).

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, et dont j'ai oublié ici de mentionner le nom sachez tous que vous avez marqué mon existence. Encore à toutes et à tous merci pour toujours. Ce travail est aussi le vôtre.

A 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 ».

A mes frères, sœurs : Lassina Traore, Feu Kadi Traore, Sali Traore, Abdoulaye Traore, Rokia Traore, Maza Traore, Simita Traore, Kadidjatou Traore (Adja), Kadi Traore, Amadou Traore, Djakaridja Traore, Siaka Traore, Mamou Traore, Dramane Traore, Sabou Traore, Aminata Traore (mimi), Bakari Traore : Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse que je voue à vos différentes personnes. J'ai reconnu en vous une sincérité et un amour fraternel authentique. Si j'ai un conseil à vous donner, c'est de croire en vous. Croyez en vous et soyez disciplinés. Vous vous forgerez votre propre futur. Vous n'avez besoin d'aucun supplément si ce n'est d'Allah, vous et votre objectif. La vie ne vous

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

épargnera pas c'est certain mais elle vaut la peine de se battre. Puisse ALLAH fortifie nos liens et nous bénisse.

JE VOUS AIME !

A mes très chers oncles, tontons : Ce travail est le fruit de votre accompagnement et vos conseils. Merci est un bien faible mot pour vous témoigner ma reconnaissance. Qu'ALLAH vous bénisse.

A mes très chères tantes : Merci à vous de m'avoir accepté comme je suis, de m'avoir épaulé moralement, financièrement et physiquement chaque fois que j'ai eu besoin de vous. Qu'ALLAH vous le rend au centuple tout ce que vous avez fait pour moi.

A mes cousin (es) : Merci pour vos soutiens et encouragements !

A mes amis d'enfance : Lamine Kone, Oumar Traore, Yacou Conde, Moussa Kennedy Yameogo, Nanti Registe, Tongba Erve Mohamed. Ce travail est le vôtre, nous venons de très loin depuis le quartier en passant par le primaire jusqu'à ce qu'on sépare après le Bac, nous nous sommes promis de tout faire pour enlever les parents dans la pauvreté, je crois en nous avec l'aide d'Allah in sh Allah nos parents seront très fiers. Sachez que vous comptez mes frères

Je vous aime !

A ma tutrice Adja : Veuillez trouver dans ce travail un modeste témoignage de mon admiration et toute 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 que j'ai passé auprès de vous, merci pour tout qu'Allah vous accord beaucoup de sante et une longue vie.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

A mon grand frère Morgane : Merci pour tout ce que tu as eu faire pour moi, en vrai tu es et tu restes ma meilleure rencontre dans ce bas monde, tu m'ais venue en aide au moment j'en avais le plus besoin sachant que tu n'avais aucune obligation, j'espère suivre ton exemple. Qu'Allah t'accorde une longue vie avec beaucoup de sante amine.

A mon grand frère Lamine Diallo : Merci pour tout ton soutien, tes conseils. Qu'Allah t'accorde une longue vie avec beaucoup de sante amine.

A mon frère Aly Timbine : Je remercie le tout puissant Allah d'avoir faire ta connaissance a un moment très important de ma vie, tu as été pour moi un guide, un soutient, merci pour tout, qu'Allah te récompense au centuple tout ce que tu as fait pour moi. Qu'Allah t'accorde une longue vie avec beaucoup de sante amine.

A mon frère Cissé Yaya : Depuis la première année jusqu'aujourd'hui Allah seul sait ce qu'on a traversé, Sache que tu comptes beaucoup. Qu'Allah nous accorde une longue vie en fin de jouie du fruit de nos longue labeur. Merci pour tout mon frère

A mon frère Sémiyou Lawani : Merci frère pour tout ton soutient. Sache que tu comptes beaucoup, ensemble on ira très loin. Qu'Allah t'accorde une longue vie avec beaucoup de sante amine.

A mon grand frère Soumailla Poudiougou : Tu es une personne au grand cœur, très sociable, tu as été pour moi un référent, une aide. Je t'admis tellement, tu comptes beaucoup, tu demeures a jamais dans mon cœur, qu'Allah nous donne une longue vie heureuse avec beaucoup de santé, amine.

A mon parrain Sacko Moussa : Sans me connaitre vous m'aviez d'abord accueilli au sein de la faculté, puis guidé tout au long de mon cursus. Merci à vous.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

A mes promotionnels de AEI : Axel Florian Koume Kakou, Fatoumata Kone, Lawani Semiyou, Yaya Cisse, Kadidjatou Sangare, Emmanuel Mari L Assienan, Safiatou Emmaneulla Coulibaly. Merci à vous.

A la communauté ivoirienne AEI . Merci à vous pour tout le soutien

A mes grands frères de la faculté : Soumailla Poudiougou, Mayoro Dembele, Fatoumata Dembélé, Moumouni Guindo : Vous aviez été pour d'un grand soutien. Merci pour tous vos geste, qu'Allah vous récompense

A mes Aînés et mes collègue du collectif Assurance : Dr Jaurel Monkam , Dr Sammuel Efrata , Darius, Aubrey, Francklin, Arthur merci pour tout.

A Dr Adaman Traoré

Merci pour tout ce que tu as fait pour moi surtout pendant l'élaboration de ce document. Je t'en suis reconnaissant. Qu'Allah veille sur toi et te guides. Excellente carrière professionnelle

Aux étudiantes et étudiants du collectif assurance. Particulièrement ceux de mon groupe d'exercice. Par peur d'oublier des noms je me prive de cite mais vous vous reconnaissez. Merci pour tout, qu'Allah veille sur vous

A mes voisins : feu Alyoune Badra Traore, Alpha Traore, Sarah Sangare, Aminata Keita, Fatoumata Diakite, Djeneba Coulibaly, Nankouma Keita, Oumou Fofana, Yao Paul Kouadje. Merci pour votre soutien. Sachez que vous comptez beaucoup

A l'ensemble de l'UEMEX.

Communauté que j'ai eu l'honneur de servir en tant que pédagogue et qui m'a accompagné tout le long de mon cursus académique dans un esprit de fraternité. Merci à chaque membre et ancien membre de cette forte association estudiantine

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

pour les moments passés ensemble et pour l'expérience sociale que vous m'avez permise d'acquérir pendant toutes ses années

A la grande famille RASERE.

Merci pour tout, vous nous avez accueillies depuis notre première année ; vous nous avez encadrés, soutenu dans les moments difficiles, apporté de la joie dans les moments de stress. Merci pour tout ; ce fut une très belle expérience. Que cette famille demeure de génération en génération tout en y maintenant la paix, la joie, l'amour, l'harmonie. Que DIEU vous bénisse vous et vos familles. « LA PAROLE N'EST QUE LA PAROLE, LA PUISSANCE RESIDE DANS L'ACTION »

A mes aînés du CSRéf CV : Dr Bah, Dr Kourekama, Dr Wilson, Dr Mathieu, Dr Kalilou, Dr Thienta, Dr Issa, Dr Siné, Dr Mamadou, Dr Naby, Dr Doumbo, Dr Francis, Dr Alfousseynie, Dr Sékou, Dr Korotimi, Dr Sissoko. Merci à vous pour tout, j'ai beaucoup appris auprès de vous.

A tous les Internes du CSRéf CV et particulièrement à mon équipe de garde :

Camara Soumailla, Barakissa Coulibaly, Hafsatou Dagnoko, Fati Diakité, Barry Moussa, Sidibé Ibrahim, Jaures Wabo, Koumba Kome, Salimata Kone, Nantoumé Ibrahim, Ballo N'tjo ; merci pour la franche collaboration, la chaleur, la confiance et l'estime à l'endroit de ma modeste personne.

A mes maîtres Gynécologues Obstétriciens du CSRéf CV :

Pr Traoré Soumana Oumar, Dr Traoré Oumar Moussokoro, Dr Tall Saoudatou, Dr Saleck Doumbia, Dr Sylla Niagalé, Dr Traoré Mamadou (GMAT), Dr Nouhoum Diakité

Pour la qualité de leurs enseignements et leur disponibilité constante tout au long de ma formation. Recevez mes vœux les plus sincères pour vos bonheurs ainsi que la réussite dans toutes vos entreprises.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

A mes cadets externes merci pour la bonne collaboration et respect porté sur ma personne

A tous les étudiants de la FMOS et plus spécialement à la 14^{ème} promotion du numerus clausus, promotion Pr Sambou Soumare

A tous les DES (Diplôme d'Etude Spécialisée) de Gynécologie Obstétrique.

Aux Sages-Femmes du CSRéf CV du district de Bamako

Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration

Aux anesthésistes et aux aides de bloc du CSRéf CV du district de Bamako.

Tous les professeurs qui m'ont enseigné du cycle fondamental à l'Université.

A Toi qui utiliseras un jour ce document pour tes recherches ; qu'il t'apporte ce dont tu auras besoin. Permette d'apporter un plus dans la science en vue d'une meilleure santé pour tous.

Hommages aux membres du jury

A notre Maître et président de jury

Professeur Amadou Bocoum

- **Maitre de conférences agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré**
- **Titulaire d'un diplôme inter universitaire d'échographie en gynécologie-obstétrique en France**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire en cœlioscopie en gynécologie en France**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie en gynécologie-obstétrique de l'université de Paris Descartes**
- **Secrétaire générale adjoint de la Société Malienne de Gynécologie obstétrique (SO.MA.GO)**

Honorable maitre

Permettez-nous de vous adresser nos sincères remerciements pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Votre rigueur, votre amour pour la ponctualité et pour le travail bien fait ont forcé notre admiration. Qu'Allah le tout puissant vous bénisse et vous comble de sa grâce. Trouvez ici, cher Maître, l'expression de notre gratitude et de notre profond respect

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

A notre maitre et directeur de thèse :

Professeur Soumana Oumar Traore

- **Maitre de conférences agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CSREF CV**
- **Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009**
- **Certifié en programme GESTA International (PGI) de la société des Obstétricien et Gynécologue du Canada (SOGOC)**
- **Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako**

Honorable maitre

C'est un grand privilège et un grand honneur que vous m'avez fait en me confiant ce travail. Vous n'avez cessé de nous fasciner par votre simplicité, la qualité de votre enseignement, votre modestie, votre disponibilité et l'ampleur de votre expérience. Nous avons très tôt compris et apprécié votre dévouement pour la formation des médecins. Veuillez recevoir cher Maître l'expression de notre profonde gratitude et notre haute considération.

Puisse ALLAH vous accorder une bonne santé et longévité à notre côté.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

À notre maitre et co-directeur :

Professeur Abdoulaye Sissoko

- **Maitre de conférences agrégé de gynécologie-obstétrique à la FMOS,**
- **Médecin militaire,**
- **Ancien interne des hôpitaux**
- **Chef de service de gynécologie-obstétrique de la clinique périnatale Mohammed VI,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Membre de la Société Malienne de Médecine Militaire (SOMAMEM)**
- **Ancien Secrétaire général adjoint de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique (SAGO)**

Honorable Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations. Votre gentillesse, votre passion du travail bien fait font de vous un modèle à suivre.

Veillez recevoir en cette occasion solennelle, cher Maître, l'expression de notre très haute considération.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

A notre maitre et membre de jury :

Docteur Saleck Doumbia

- **Gynécologue-Obstétricien ;**
- **Praticien hospitalier au CSREF CV**
- **Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en VIH obtenu à la FMOS ;**
- **Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie ;**
- **Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie-Biostatistique à l'institut Africaine de Santé Publique ;**
- **Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en sénologie a la FMOS.**

Honorable Maitre,

Nous nous réjouissons de votre présence au sein de ce jury. Vous n'avez cessé de faire preuve de patience, de courtoisie et de grande serviabilité au cours de la réalisation de ce travail. Votre rigueur dans la démarche scientifique nous a beaucoup impressionnés.

Cher maitre, dans ce travail vous trouverez la marque de nos profonds sentiments de respect, de reconnaissance et de remerciement.

Puisse ALLAH vous accorder une bonne santé et longévité à notre côté.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

BDCF : Bruits Du Cœur Fœtal

BGR : Bassin Généralement Rétréci

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

Cm : Centimètre

CPN : Consultation Pré Natale

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CU : Contraction Utérine

DDL : Degré de liberté

Dl : Décilitre

Gr : Gramme

HRP : Hématome Rétro- Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

IIG : Intervalle Inter Génésique

IO : Infirmière Obstétricienne

J : Jour

Km : Kilomètre

Km² : Kilomètre carré

L : Litre

LRT : Ligature Résection des Trompes

ml : Millilitre

Mm Hg : Millimètre de mercure

Mn : Minute

NFS : Numération et la Formule Sanguine

OR : Odds ratio

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

P : Seuil de probabilité

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAF : Souffrance Fœtale Aiguë

TVBAC : Tentative de voie basse après césarienne

UI : Unité Internationale

°C : Degré Celsius

% : Pourcentage

\leq : Inférieur ou égal

\geq : Supérieur ou égal

$<$: Inférieur

$>$: Supérieur

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

Figure I : Anatomie de l'utérus gravide.....4

Figure II : Carte sanitaire de la commune V du District de Bamako.....44

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Variable d'étude50

Tableau II : Fréquence des ruptures utérines selon l'âge54

Tableau III : Répartition des patientes selon la tranche d'âge54

Tableau IV : Répartition des patientes selon la résidence55

Tableau V : Répartition des patientes selon le statut matrimonial55

Tableau VI : Répartition des patientes selon la notion d'instruction56

Tableau VII : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.....56

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la profession.....57

Tableau IX : Répartition des patientes selon le mode d'admission57

Tableau X : Répartition des patientes selon le moyen de transport58

Tableau XI : Répartition des patientes selon la provenance58

Tableau XII : Répartition des patientes selon le motif de référence59

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le partographe avant l'admission...60

Tableau XIV : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel.....60

Tableau XV : Répartition des patientes selon le nombre de CPN.....61

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le lieu de CPN.....61

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la qualification de l'auteur.....62

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako	
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'antécédant de césarienne	62
Tableau XIX : Répartition des patientes selon la gestité.....	63
Tableau XX : Répartition des patientes selon la parité	63
Tableau XXI : Répartition des patientes selon le nombre d'enfant vivant.....	64
Tableau XXII : Répartition des patientes selon le nombre d'enfant décédé	64
Tableau XXIII : Répartition des patientes selon le nombre d'avortement	65
Tableau XXIV : Répartition des patientes selon l'intervalle inter génésique	65
Tableau XXV : Répartition des patientes selon le nombre de césarienne	66
Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le mode d'entrée en travail	66
Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le déroulement du travail	67
Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon le statut utérin	67
Tableau XXIX : Répartition des patientes selon l'utilisation abusive des ocytociques.....	68
Tableau XXX : Répartition des patientes selon la circonstance de découverte....	68
Tableau XXXI : Répartition des patientes selon l'état général.....	69
Tableau XXXII : Répartition des patientes selon les conjonctives	69
Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon le choc hémorragique.....	70
Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon la sensation de couler du liquide chaud dans le ventre	70
Tableau XXXV : Répartition des patientes selon la mise en place d'une voie veineuse sûr et efficace avant la référence	71
Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon la présence de l'ancienne cicatrice de césarienne	71
Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon le nombre de contraction utérine.....	72
Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon la hauteur utérine.....	72

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon les Bruits du cœur fœtal	73
Tableau XL : Répartition des patientes selon la palpation du fœtus sous la peau.	73
Tableau XLI : Répartition des patientes selon les métrorragies	74
Tableau XLII : Répartition des patientes selon la présentation du fœtus	74
Tableau XLIII : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement	75
Tableau XLIV : Répartition des patientes selon la nature complète ou non de la rupture utérine.....	75
Tableau XLV : Répartition des patientes selon le siège de la lésion.....	76
Tableau XLVI : Répartition des patientes selon les lésions associées	76
Tableau XLVII : Répartition des patientes en fonction du type de lésion	76
Tableau XLVIII : Répartition des patientes selon le type d'intervention	77
Tableau XLIX : Répartition des patientes selon la transfusion	77
Tableau L : Répartition des patientes selon la durée de l'intervention	78
Tableau LI : Répartition des patientes selon l'évolution des suites opératoires....	78
Tableau LII : Répartition des patientes selon le type de complication	79
Tableau LIII : Répartition des patientes selon l'état du nouveau-né	79
Tableau LIV : Répartition des patientes selon l'état du mort-né	80
Tableau LV : Répartition des patientes selon le poids du nouveau-né	80
Tableau LVI : Répartition des patientes selon score d'Apgar a la 1ere min	81
Tableau LVII : Répartition des patientes selon le score d'Apgar a la 5-ème mn..	81
Tableau LVIII : Score infectieux.....	95
Tableau LIX : Score d'Apgar	96

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION..... 1

II-OBJECTIFS 3

III-GENERALITES 4

IV-METHODOLOGIE 39

V-RESULTATS 54

VI-DISCUSSIONS 82

CONCLUSION 89

RECOMMANDATION 90

REFERENCES..... 91

ANNEXES

I. INTRODUCTION

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgical complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide au niveau du corps ou du segment inférieur. En effet, il s'agit d'un accident obstétricale redoutable dont le pronostic materno-foetal est mauvais sur le plan morbidité et mortalité[1]. La rupture utérine demeure l'une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelle dans les pays en développement, particulièrement au Mali. Elle occupe avec l'hémorragie qu'elle entraîne, 30% des principales causes de décès dans les pays pauvres[2]. Aujourd'hui, la rupture utérine est exceptionnelle dans les pays développés où la majorité des ruptures utérines surviennent pendant le travail chez des patientes ayant un antécédent de césarienne. Aux USA, on notait une rupture utérine pour 16849 accouchements en 2009[3]. En France, il est rapporté une rupture utérine pour 1299 accouchements en 2006[4]. En Afrique, cette fréquence est relativement élevée le fait d'un faible niveau socio-économique, de l'insuffisance de suivi prénatal, de 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 était de 0,58%, soit 1 cas pour 172 accouchements de 2013 à 2015[6]. Au Centre Hospitalier Universitaire (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]. Les fréquences de la rupture utérine au Centre de Santé de Référence (CSRéf) de la commune V sont respectivement de 0,37% en 2011[2], de 0,18% en 2017 [8] et 0,47% de 2016 à 2017 [9]. La rupture utérine peut se produire à tous les âges gestationnels mais elle survient dans 75 à 80% des cas au cours du travail lors d'une tentative d'accouchement par voie basse après césarienne[10].

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

Le traitement curatif de la rupture utérine impose parfois la chirurgie qui parfois mutilante pouvant compromettre ainsi définitivement la procréation de la patiente dans un monde où la stabilité de la famille tient le plus souvent aux enfants[11].

Quant à la prévention, elle nécessite des politiques bien réfléchies, prenant en compte une meilleure répartition des structures de santé, leurs dotations suffisantes en personnel qualifié et une meilleure organisation de la référence/évacuation à un coût abordable pour les populations[2].

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.

Pour mieux cerner l'ampleur du problème dans la commune V nous avons initié ce travail au CSRéf de ladite commune qui est une structure de deuxième niveau de la pyramide sanitaire en République du Mali.

Ainsi nous nous sommes assignés les objectifs suivants :

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

II. OBJECTIFS

1. Objectif Général

Etudier les aspects épidémio-cliniques et pronostiques de la rupture utérine au cours du travail au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de la rupture utérine au cours du travail au CSRéf CV ;
- Décrire les données socio démographiques des patientes ;
- Déterminer les facteurs associés à la rupture utérine au cours du travail ;
- Rapporter la conduite thérapeutique ;
- Déterminer le pronostic maternel et foetal ;

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

III. GENERALITE

A. DEFINITION

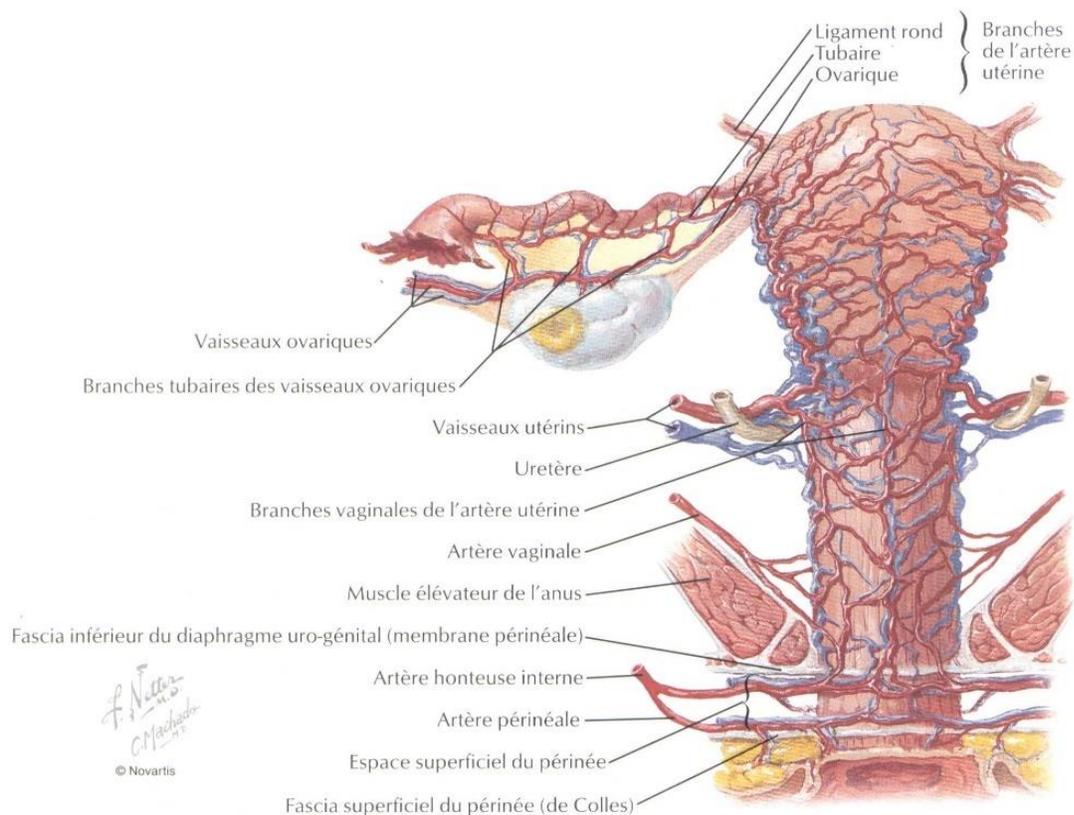
La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgical complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide au niveau du corps ou du segment inférieur[1]

B. ANATOMIE DE L'UTERUS :

L'utérus est un muscle creux destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement.

↑ Craniale

→ gauche



1. ANATOMIE DE L'UTERUS GRAVIDE[12] :

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

L'utérus au cours de la grossesse, subit des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques. Au point de vue anatomique, on lui décrit trois parties : le corps, le col entre lesquels se développe dans les derniers mois une portion propre à la gravidité : c'est le segment inférieur.

1-1-ANATOMIE DESCRIPTIVE ET RAPPORTS :

1-1-Le corps de l'utérus :

a-Anatomie macroscopique

→Volume et forme :

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.

→Epaisseur des parois :

Elle varie :

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 8 à 10cm au niveau du fond ; 5 à 7cm au niveau du corps. Après

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

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 la 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 même 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 à 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.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

► **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 et 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 et rentre en contact avec le caecum et le colon ascendant ; le bord gauche quant à lui, il répond à la masse des anses refoulées et en arrière au colon ascendant.

b-anatomie microscopique :

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

La séreuse : elle s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle, elle adhère intimement à la musculuse du corps, alors qu'elle se clive facilement du segment inférieur.

La musculuse : elle est constituée de trois couches de fibres lisses qui ne peuvent être mises en évidence que sur l'utérus distendu. Il existe deux assises de faisceaux circulaires superposées. Ces assises, externe forment la partie contractile de l'organe. La couche plexi forme, en renfermant de nombreux faisceaux, se situe entre les faisceaux circulaires.

La muqueuse : dès l'implantation, se transforme en 3 caduques.

La caduque basale ou inter – utéro placentaire est située entre le pôle profond de l'œuf et le muscle utérin.

La caduque ovulaire recouvre l'œuf dans sa partie superficielle et le sépare de la cavité utérine.

La caduque pariétale qui répond à la partie extra placentaire de la cavité utérine.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

1-1-2- Le segment inférieur :

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

a - forme : Elle est d'une calotte évasée ouvert en haut. Le col se situe sur la convexité, mais assez en arrière, de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et longue que la paroi postérieure.

b -La situation : Le segment inferieur occupe au-dessus du col, le tiers inférieur de l'utérus.

c -Les caractères : Sa minceur est le caractère essentiel. De 2-4cm d'épaisseur, le segment inférieur coiffe intimement la présentation : c'est le cas de la présentation du sommet.

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

e -Orientation- Formation :

Le segment inférieur se développe aux dépens de l'isthme utérin qui est une zone ramollie. Ce développement commence dès le début de la grossesse comme le prouve le signe de Hegar. Cependant, il acquiert son ampleur qu'après le sixième mois, plutôt et plus complètement chez la primipare que chez la multipare. Pendant le travail, le col efface et dilate se confond avec le segment inférieur pour constituer le canal cervico-segmentaire.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

f- Structure : Le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques. Il s'identifie véritablement par sa texture amincie. Histologiquement, le segment inférieur n'a pas de couche plexiforme du myomètre. Or cette couche est la plus résistante. En somme, la forme, la structure et le peu de vascularisation font du segment inférieur une zone prédilection pour l'incision au cours de la césarienne segmentaire. En plus c'est le siège préférentiel des ruptures utérines.

g-Rapport du segment inférieur :

→**En bas** : La limite inférieure correspond à l'orifice interne du col.

→**En haut** : Extérieurement le segment inférieur est limité par la zone de transition entre le péritoine adhérent et le péritoine clivable.

→**Face antérieure** : il est recouvert par le péritoine viscéral, solide peu adhérent et facilement décollable. Ceci permet de bien protéger la cicatrice utérine après une césarienne segmentaire. La face antérieure répond à la vessie dont elle est séparée par le cul-de-sac vésico-utérin. Séparée du segment inférieur par du tissu conjonctif lâche, la vessie peut être facilement décollée et refoulée vers le bas. Il y a une ascension de la vessie en fin de gestation lorsque la présentation est engagée. Ainsi, elle a tendance à devenir sus-pubienne. Elle peut masquer le segment inférieur explique en grande partie les atteintes viscérales au cours de la rupture utérine.

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

→**Faces latérales** : Elles sont en rapport avec la base du ligament large dont les feuilles, antérieur et postérieur s'écartent fortement. Dans ce paramètre, se trouvent les rapports chirurgicaux importants : l'artère utérine et l'uretère pelvien. La dextro-rotation utérine rend plus intime au segment inférieur les rapports latéraux droits,

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

exposant ainsi en avant le pédicule utérine gauche distendu. Cette situation explique la fréquence des lésions du pédicule utérin gauche au cours de la rupture utérine.

→**Physiopathologie** : L'importance du segment inférieur est considérable aux triples points de vue cliniques, physiologique. L'étude clinique montrera la valeur pronostique capitale qui s'attache à sa bonne formation, à sa minceur, au contact intime qu'il prend avec la présentation. Physiologiquement, c'est un organe passif se laissant distendre. Situé comme un amortisseur entre le corps sur le col, il conditionne les effets contractifs du corps sur le col. Il s'adapte à la présentation qu'il épouse exactement dans l'eutocie en s'amincissant de plus en plus. Il reste au contraire flaque, épais, distend dans la dystocie. Dans les bonnes conditions, il laisse aisément le passage au fœtus. Au point de vue pathologique, il régite deux des plus importantes complications de l'obstétrique :

→ C'est sur lui que s'insère le placenta prævia.

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

1-1-3- Le col de l'utérus :

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

- Forme et volume ne changent presque pas.

- Situation et direction ne changent qu'à la fin de la grossesse lorsque la présentation s'accommode ou s'engage. Reporte souvent en bas et en arrière c'est vers le sacrum que le doigt l'atteint au cours du toucher vaginal.

- **consistance** : elle devient plus molle près du terme, le col est formé d'une masse centrale de tissu non contractile.

- **Etat des orifices** : il ne varie pas ; ces orifices restent fermés jusqu'au début du travail chez la primipare. Chez multipare, l'orifice externe est souvent entrouvert.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

L'orifice interne peut être lui aussi perméable au doigt dans le dernier mois. Il peut être franchement dilaté mais le col conserve sa longueur et ne s'efface pas avant le travail. Ils ne sont que la suite naturelle de l'ampliation et de la formation du segment inférieur. 1-2- Vascularisation de l'utérus gravide :

1-2-1 Les artères :

Les branches de l'artère utérine, augmente de longueur. Elles restent cependant flexueuses. De chaque côté, elles s'anastomosent entre elles, mais non avec celles du côté opposé. Il existe une zone médiane longitudinale peu vascularisée qui est empruntée par l'incision de l'hystérotomie dans la césarienne corporéale. Dans l'épaisseur du corps, elles parcourent les anneaux musculaires de la couche plexiforme, deviennent rectilignes, s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire. Le col est irrigué par les artères cervico-vaginales qui se bifurquent pour donner deux branches : une branche antérieure, une branche postérieure, avant de pénétrer dans son épaisseur. Cette disposition permet la dilatation du col.

1-2-2- Les veines :

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

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

1-2-3- Les lymphatiques : Nombreux et hypertrophiés, ils forment trois réseaux communiquant largement entre eux. Ce sont les réseaux :

- muqueux

- musculaires

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

- **sous-sérieux**

1-3- Innervation : Deux systèmes sont en jeu :

1-3-1-Le système intrinsèque : C'est un appareil nerveux autonome. Il s'occupe surtout du col et du segment inférieur, et donne ainsi à l'utérus une autonomie fonctionnelle relative.

1-3-2- Le système extrinsèque :

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

Ces plexus proviennent :

- Des racines lombaire : sympathiques ou nerfs splanchniques pelviens
- Des racines sacrées de nature parasympathiques.

1-4 Le bassin osseux :

1-4-1 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 promontorétrobubien (PRP) : 10,5 cm et le diamètre oblique : 12,5 cm.

1-4-2 La cavité pelvienne limitée :

- **en arrière** par une paroi longue de 16 cm : la face antérieure du sacrum ;

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

- **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.

1-4-3 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[12] :

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 dilation du col et l'accommodation fœto-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

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

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

- **Phase concomitante** : Elle se caractérise par le décollement du pole 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- 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 du foetus ait lieu. Ils sont associés aux contractions utérines, qui constituent la force motrice de l'utérus gravis et assurent l'hémostase après délivrance.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

D- Mécanisme des ruptures utérines [12]:

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 foeto-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

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

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.

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

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

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- 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-segmentocorporéales.

2-4 Nature des lésions :

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

2-4-1 Siège : deux grands groupes : Les ruptures utérines segmentaires et les ruptures utérines corporéales.

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, Couvellaire 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[13] .

2-4-1-2- Ruptures utérines corporéales :

Les plus rares et le plus souvent complètes, les ruptures utérines intéressent les trois tuniques : muqueuse, 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 ou sur le col ou l'inverse des lésions.

2-4-2 La direction :

Elle peut être :

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

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, infarctissement, 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.

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.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

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.

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 :[12]

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.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

- En pré partum :

La rupture utérine entrave très sérieusement les échanges materno fœtaux.

Le placenta décollé ou non, une brèche utérine compromet la circulation fœtoplacentaire. 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. 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.

- 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 utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

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

-L'infection : elle est citée par plusieurs auteurs.[14]

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 :[14]

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 décrivons schématiquement deux tableaux cliniques :

- le tableau classique de la rupture bruyante qui se voit surtout dans les ruptures par disproportion fœto-pelvienne ou au cours des présentations 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.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

1-1-1 Rupture des utérus malformés ou cicatriciels : [14]

-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 minutieusement.

-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 rétropéritonéal 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

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

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

-Rupture cervico-isthmique : (à développement tardif).[14]

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 pair avec la rétraction utérine dont la condition est la rupture des membranes. Il apparaît alors les signes de rétractions utérines. La dystocie utérine s'aggrave. 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 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 :

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

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

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

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 palpation : 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.

A l'auscultation : les bruits du cœur fœtal ont 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

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

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

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

La révision 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 :

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

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

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

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.[13]

2- Diagnostic positif

Il peut être souvent facile, parfois il est impossible à affirmer.

• Diagnostic facile

- Après une revision,
- 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.[2]

3- Diagnostic différentiel

-Déchirure du col :

L'examen sous valve oriente vers l'une ou l'autre pathologie.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

-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.

4. Diagnostic étiologie :

Les ruptures utérines résultent d'une association de plusieurs facteurs morbides plus ou moins complexes. Plusieurs classifications étiologiques sont possibles.

4.1. Les ruptures traumatiques ou provoquées :

Elles surviennent pendant la grossesse ou au cours du travail d'accouchement.

a) Manœuvres obstétricales

Les manœuvres manuelles telles que : la version par manœuvre externe (VME), la grande extraction du siège (version par manœuvre interne ou VMI) et les manœuvres de dégagement d'une dystocie des épaules ;

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

Les manœuvres instrumentales telles que : le forceps et la ventouse

b) Traumatismes non obstétricaux : Il y a :

- La chute (de sa hauteur) ;
- L'accident de la voie publique (AVP) ;
- Les plaies provoquées par une arme blanche ou à feu ;
- Les coups de corne de bovins.

c) Médicaments : Il y a :

- Les utéro toniques : utilisation de l'ocytocine sans surveillance et sans respect des contres indications ;
- Les prostaglandines de synthèse administrées par voie locale ;
- Les utéro toniques traditionnels (Ananas, Oignons, poivrons).

4..2. Les ruptures spontanées :

a) Pendant la grossesse :

Elles sont rares et dues à certains facteurs fragilisant la paroi utérine tels que : - Les myomes utérins ;

- Le placenta prævia, la révision utérine, la délivrance artificielle ;
- Les malformations congénitales de l'utérus : utérus didelphe, cloisonné et hypertrophiques ;
- L'endométriiose interne (Adénomyose) ;
- Le choriocarcinome.

b) Pendant le travail : Elles sont les plus fréquentes.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

Le facteur étiologique le plus fréquent est la dystocie négligée ou méconnue. Il y a :
Causes maternelles :

- Les dystocies osseuses : bassin immature, bassin généralement rétréci (BGR), bassin asymétrique, bassin limite ;
- La multiparité (fragilisation du muscle utérin)
- Les grossesses rapprochées avec intervalle inter gènesique court ;
- Les tumeurs prævia : fibrome, kyste ovarien, cancer du col ; Le bas niveau socio-économique, l'ignorance, les carences nutritionnelles, les anémies, les épuisements physiques et le recours tardif aux soins de santé qui sont des facteurs favorisants.

Causes fœtales : Il y a :

- Les dystocies fœtales : la macrosomie et les présentations dystociques (le front, la face enclavée ou en mento-sacrée, l'épaule et le siège souvent) ;
- Les malformations fœtales : hydrocéphalie, fœtus siamois, kystes congénitaux du cou et tumeur sacro coccygienne.

G-TRAITEMENT[13] :

1. Traitement curatif :

La rupture utérine est une urgence obstétricale et doit être prise en charge dans les meilleurs délais.

1.1. But : C'est :

- D'assurer l'hémostase ;
- De sauver la vie de la mère et si possible celle du fœtus.

1.2. Moyens thérapeutiques :

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

- Chirurgicaux : laparotomie (hystérorraphie ; hystérectomie) ;

- Médicaux : mesures de réanimation, antibiothérapie et de transfusion.

a. Traitement chirurgical : La voie d'abord est soit médiane sous-ombilicale (cicatrice sous ombilicale) ; transversale (incision de Pfannenstiel plus esthétique). Après extraction du fœtus et du placenta et extériorisation de l'utérus vide, l'inspection vérifie le siège et l'aspect des lésions, l'extension (au col, au vagin, à la vessie), l'atteinte des pédicules utérins et l'état des tissus (œdematiés, nécrotiques ou friables). Après cette inspection, on fera soit

Hystérorraphie : Elle a pour avantage la rapidité et le maintien de la fonction de l'organe.

Hystérectomie : Elle peut être totale ou sub totale. Elle doit être inter annexielle.

NB : Traitement des lésions associées

- Les lésions vésicales sont suturées en deux plans (muqueux et musculaire) au fil résorbable avec un maintien de la sonde vésicale en postopératoire pendant au moins 10 jours.

- Les lésions cervicales et vaginales sont traitées par voie vaginale ou abdominale ou combinée (vaginale et abdominale).

b. Traitement médical : il comprend

Traitement du choc : Il est entrepris dès l'admission. Tout transport ou manipulation aggrave le choc. On lui apportera des substances énergétiques et de l'oxygène.

Le traitement curatif du choc passe par :

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

Traitement de la cause : C'est celui de la rupture elle-même. Il est primordial. Les perfusions, si l'hémorragie ne s'arrête pas, risquent de ne pas compenser les nouvelles déperditions et de réaliser une véritable hémodilution ce qui aboutirait à l'anémie aigue. L'hémostase doit donc précéder la réanimation.

La réanimation : Le rétablissement de la circulation périphérique et de la volémie est l'objet principal du traitement par transfusion ou à défaut par perfusion

La quantité de sang à perfuser sera fonction de l'état général de la patiente et du taux d'hémoglobine (taux d'Hb < 7g/dl). D'autres substances peuvent être utilisées en dehors du sang, telles que les grosses molécules : produits synthétiques (plasmion, Gélofusine ou hémacèle). Les solutés cristalloïdes (salés ou Ringer lactate) sont utilisés comme des moyens d'urgence. Ils permettent de gagner du temps nécessaire à la mise en œuvre de la transfusion, indiquée en cas de persistance ou de récurrence du choc. L'acide tranexamique (Exacyl) utilisé pour la prise en charge de l'hémorragie. L'anurie le plus souvent transitoire, peut être prévenue par la perfusion de Mannitol ou de diurétiques (furosémide : 80 mg dans 100 ml de sérum salé en bolus en 30 mn).

Traitement anti-infectieux : On fera une bi ou triple antibiothérapie à forte dose par voie parentérale pendant au moins 72 heures puis le relais se fera par la voie orale. La durée de l'antibiothérapie sera de 10 à 15 jours.

1.3. Indications chirurgicales :

Le choix de la technique est fonction de plusieurs paramètres à savoir : le type et l'ancienneté des lésions, l'âge et la parité de la patiente, le désir de grossesse ultérieure, les conditions socioéconomiques et socioculturelles, le plateau technique et surtout l'expérience de l'équipe obstétricale. Il y'a deux grandes orientations thérapeutiques :

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

La première, la plus classique, consiste à faire une hystérorraphie. Elle est indiquée pour les lésions minimales et récentes de la face antérieure du segment inférieur.

La seconde consiste à réaliser une hystérectomie (surtout sub totale compte tenu du caractère urgent). La suture utérine est plus facile à réaliser. Elle est indiquée pour les lésions étendues (fond et col utérins), les lésions compliquées (vessie, vagin et pédicules vasculaires) et les lésions septiques. Elle entraîne une perte de la fécondité, une aménorrhée et est souvent responsable de trouble psychosocial surtout chez une jeune patiente.

1.4. Surveillance : Elle est clinique et biologique

a. Surveillance clinique : Elle est intense durant les 6 premières heures du post opératoire. On surveille la conscience, la TA, le pouls, la rétraction utérine et le saignement vaginal en cas d'hystérorraphie et la diurèse toutes les 15 mn pendant 2 heures, toutes les 30 mn pendant une heure et chaque heure pendant 3 heures. En hospitalisation, on fera une surveillance biquotidienne de la TA, du pouls, de l'involution utérine et des lochies en cas d'hystérorraphie, de la température, des conjonctives, des mollets et de la plaie opératoire. En cas d'hystérectomie cette surveillance se fera à la réanimation.

b. Surveillance biologique : On réalise la NFS (anémie), la créatinémie (anurie ou Oligo anurie), le prélèvement de pus (suppuration pariétale) et des lochies (endométrite) pour étude cyto bactériologique et l'hémoculture en cas fièvre post opératoire (septicémie).

NB : en cas d'Hystérorraphie et en l'absence de ligature/résection des trompes, la patiente sera mise sous une méthode de contraception de longue durée après counseling (minimum 2 ans).

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

2. Traitement préventif :

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

La prévention des ruptures d'utérus non cicatriciel 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 et paramédical qualifié capable de faire le pronostic maternel et fœtal de l'accouchement au dernier trimestre.
- La sensibilisation de la population sur le bien fait de la consultation prénatale et de l'accouchement à la maternité.
- Les consultations prénatales de meilleure qualité afin de dépister les grossesses à risque et les référer à temps.
- Le remplissage et l'interprétation correctes du partogramme et la référence des parturientes dès que la zone alerte est franchie.
- La promotion du planning familial.
- L'éducation des filles
- Améliorer l'état des routes et des équipements sanitaires. Tout agent ayant en charge l'accouchement doit avoir à l'esprit cette assertion qui dit que : « le soleil ne doit jamais se coucher deux fois sur le même travail »

La prévention des ruptures d'utérus cicatriciel. Toutes les femmes présentant un utérus cicatriciel doivent bénéficier d'une référence systématique vers un centre obstétrico-chirurgical en fin de grossesse.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

La césarienne prophylactique. Elle est réalisée devant les facteurs de risques suivants :

- Les cicatrices corporéales ou corporéo-segmentaires ;
- Les suites opératoires compliquées d'une endométrite prouvée ; - Les présentations dystociques (siège, transverse) ;
- Le placenta prævia antérieur (inséré sur la cicatrice) ou placenta central ;
- Les surdistensions utérines (hydramnios, grossesse gémellaire, macrosomie) ;
- Les utérus bi ou tri cicatriciels.

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 systématique s'impose après l'accouchement.

Le cas particulier des ruptures utérines provoquées. Faire une utilisation judicieuse de l'ocytocine en respectant les contre-indications et la voie d'administration. Respecter strictement les indications et les contre-indications de toute manœuvre obstétricale. Faire une révision utérine systématique après toute manœuvre obstétricale laborieuse.

Sur le plan national : La prévention des ruptures utérines fait intervenir une politique sanitaire bien définie et bien organisée par :

- a. La mise en place d'une politique sanitaire de soins de santé primaires pour :
 - L'amélioration de la couverture sanitaire (infrastructures) ;
 - La formation et la répartition équitable du personnel qualifié ;
 - La communication pour le changement de comportement ;

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

- La bonne organisation du système de la référence
- évacuation avec la participation active des autorités communales ;
- La promotion de la planification familiale.

b. Le développement des infrastructures routières et de la communication

H. PRONONSTIC

a. Maternel : Le pronostic maternel dépend de plusieurs facteurs tels que :

- L'importance des lésions : les lésions déhiscentes sont favorables, tant disque les ruptures complètes sont grevées de complications graves pouvant conduire au décès maternel.
- La qualité et surtout la rapidité de la prise en charge.

NB : le décès maternel est dû au choc hémorragique (anémie décompensée) ou au choc infectieux (péritonite ou septicémie).

b. Foetal : Il est mauvais dans les ruptures franches. Le fœtus souffre pendant la rétraction utérine et meurt après la rupture. Dans les formes incomplètes, le nouveau-né naît dans un état d'asphyxie néonatale nécessitant une réanimation et un transfert en Néonatalogie

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le district sanitaire de la commune V de Bamako (Mali). Ce district sanitaire comprend :

Un hôpital de niveau II de référence selon la pyramide sanitaire du Mali appelé centre de santé de référence de la commune V (CS Réf CV) de Bamako.

Quatorze (14) centres de santé communautaire (CScom).

Un centre confessionnel à kalaban-coura (ASACORAK : Association de Santé confessionnelle Rama de Kalaban-coura).

Un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) à Badalabougou.

De nombreuses structures privées non concernées dans cette étude.

Présentation de la Commune V :

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est situé au Quartier- Mali. Le quartier mali est l'un des huit quartiers qui constitue la Commune V du District de Bamako. Elle couvre une superficie de 41km². Elle est limitée au Nord par le fleuve Niger, au Sud par la zone aéroportuaire de la Commune de Kalaban-coura (Kati), à l'Est par la Commune VI et le fleuve Niger. Les huit quartiers qui composent la commune V sont : Sema I, Badalabougou, Torokorobougou, Quartier Mali, Bacodjicoroni, Sabalibougou, Kalaban-coura et Daoudabougou. Le Centre de Santé de Référence de la Commune V fut créé en 1982 avec comme appellation Service Socio Sanitaire de la Commune V (en regroupement avec le service Social de la Commune V).

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé dans chaque commune du district de Bamako, le CS Réf de la commune V fut créé pour assurer les activités courantes avec un plateau minimal.

Il fut créé aussi dans le cadre de la Politique Sectorielle de Santé et de Population ; et conformément au Plan de Développement Socio Sanitaire des Communes (PDSC).

Toujours dans le cadre de la Politique Sectorielle ; en 1993 le Centre de Santé de Référence de la Commune V a été choisi pour tester le système de référence décentralisé. Ceci a été couronné de succès grâce à l'équipement du Bloc Opérateur. C'est ainsi que le CS Réf de la commune V fut nommé Centre Pilote du District de Bamako.

C'est à partir de ce succès que le système de référence a été instauré dans les autres communes du district de Bamako. De nos jours, le Centre de Santé de Référence de la Commune V (CS Réf CV) est composé d'unités et de sections qui sont :

Les unités

- Gynéco-Obstétrique ;
- Dialyse
- Ophtalmologie ;
- Odontostomatologie ;
- Médecine ;
- Pédiatrie ;
- Comptabilité ;
- Laboratoire / Pharmacie ;
- Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil (USAC) ;
- Rhumatologie ;

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

- Cardiologie ;
- Gastroentérologie ;
- Chirurgie ;
- Endocrinologie ;
- Dermatologie ;
- Dépistage du cancer de col de l'utérus ;
- Urgences Gynécologiques et Obstétricales Sections ;
- Bloc Opératoire /Anesthésie ;
- Hospitalisation (Bloc Opératoire) ;
- Imagerie Médicale ;
- Médecine Générale ;
- Pharmacie ;
- Laboratoire ;
- Ressources Humaines ;
- Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS) ;
- Brigade d'Hygiène ;
- Néonatalogie ;
- Pédiatrie Générale ;
- Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- Tuberculose ;
- Lèpre ;
- Consultation Postnatale (CPON) ;
- Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;
- Consultation Périnatale (CPN) ;
- Nutrition ;
- Suites de Couches ;
- Programme Elargi de Vaccination (PEV) ;

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

- Gynécologie ;
- Soins Après Avortement (SAA) ;
- Ophtalmologie ;
- Odontostomatologie ;
- Planification Familiale (PF) ;
- One Stop Center.
- Laboratoire de compétence

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est dirigé par un Médecin-Chef et compte un effectif de plus de 500 travailleurs dont plus de 200 affectés dans les CSCom. Le Personnel se compose de :

- Médecins (Gynécologues-obstétriciens, Stomatologue, Ophtalmologue Epidémiologiste, Pédiatre, Urologue, Rhumatologue Endocrinologue, ORL, Généraliste, Dermatologue, Cardiologue, Pharmacien et Gastro-entérologue) ;
- Assistants Médicaux (Anesthésie réanimation, Ophtalmologie Odontostomatologie, Santé Publique, Imagerie Médicale, Laboratoire, ORL, Sage-femme, Infirmier d'Etat et Management des services de Santé).
- Techniciens Supérieurs de Santé Spécialisés (Sage-femme d'Etat, Infirmier d'Etat, Technicien Supérieur de Laboratoire et Technicien Supérieur d'Hygiène et Assainissement)
- Techniciens de Santé (Infirmières Obstétriciennes, Infirmiers de Santé Publique et Techniciens de Laboratoire)
- Aides-soignants
- Matrones
- Filles de Salle

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

- Administration:(Gestionnaires, Comptables, Secrétaires, Agents de Saisie, Standardistes, Informaticiens, Adjoint d'Administration, Secrétaires d'administration, Chauffeurs, Manœuvres, Plantons, Agents chargés d'incinération et Gardiens.)

Les travailleurs sont classés en 7 Catégories qui sont :

- Les fonctionnaires de l'Etat ;
- Les contractuels de l'Etat ;
- Les fonctionnaires des collectivités territoriales ;
- Les contractuels sur les Ressources PPTE (Pays Pauvres Très Endettés) ;
- Les Agents relevant de la Mairie du District de Bamako ;
- Les Agents relèvent de la Mairie de la Commune V du District de Bamako ;
- Les Contractuels sur fonds mondial ;
- Les Contractuels payés sur le fonds du Centre de Santé de Référence de la Commune V ;

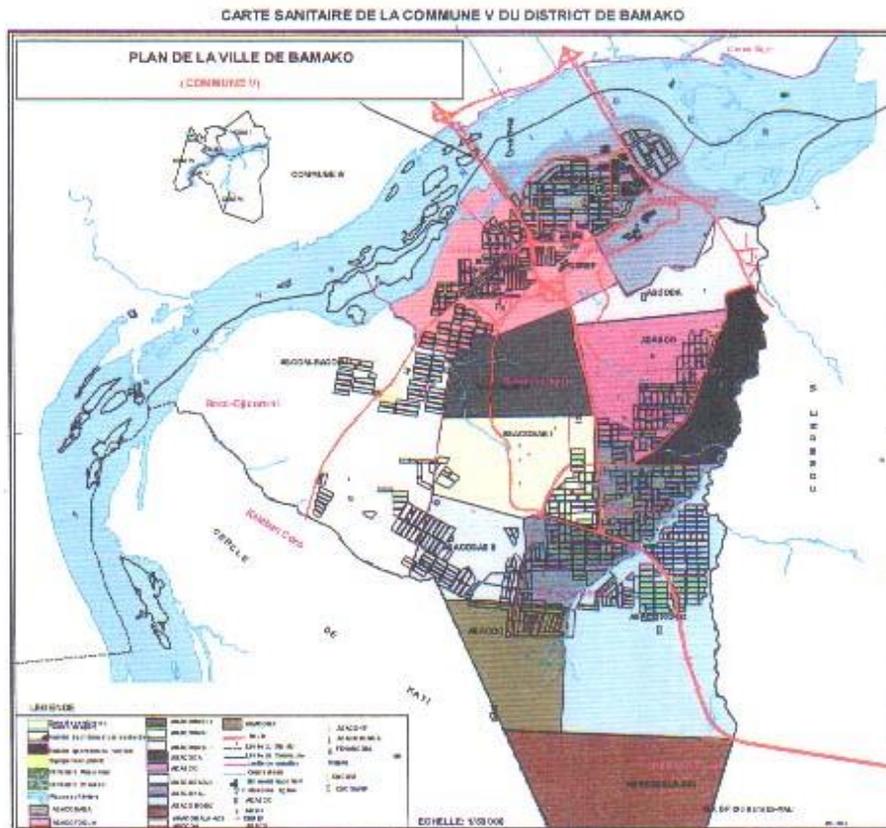
En 1997 le Centre de Santé de Référence de la Commune V a obtenu le prix Ciwara d'excellence décerné par CICM (Institut Malien de Conseil en Management). Ce prix est décerné au centre pour ses bonnes performances en activités gynéco-Obstétriques. En 1999 le Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu un diplôme honorifique du Ministère de la promotion Féminine de la Famille et de l'Enfant.

Les Organes de gestion sont :

- Le conseil de gestion dont le Maire est le Président

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

- Le comité de gestion



Carte sanitaire de la Commune V du District de Bamako.

Description du service de gynécologie obstétrique du CS Réf CV :

Il comporte :

- Unité hospitalisation bloc opératoire,
- Un hangar d'attente,
- Unité de Consultation Prénatale (CPN),
- Unité de grossesse pathologique.
- Une unité de PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant)
- Une salle de travail avec deux lits,
- Une salle d'accouchement avec 5 tables,
- Une unité des suites de couche avec 12 lits,
- Une salle de garde pour sages-femmes,

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

- Une salle de garde pour les Internes ;
- Une salle de garde pour les DES (Diplôme d'Etudes Spéciales) ;
- Une salle de garde pour les infirmières et les aides-soignantes,
- Un bureau pour la sage-femme maitresse,
- Six salles d'hospitalisations dont la 1ere , 2^e , 3^e et 4^e comportent 5 lits chacune, la 5^e et 6^e comportent 7 lits chacune et 2 salles VIP (Very important Person) ou salle unique d'un lit avec commodité ;
- Unité de Consultation Postnatale (CPON),
- Unité de Gynécologie,
- Unité de Soins Après Avortement (SAA),
- Unité de Planification Familiale (PF),
- Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Un laboratoire de compétence,
- Unité de One Stop Center ;

Le Personnel du service de gynécologie obstétrique :

Il comporte :

- Six (6) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique dont un Gynécologue Obstétricien qui est le chef du service de Gynécologie et d'Obstétrique ;
- Trois médecins spécialisés en chirurgie générale,
- Un médecin anesthésiste réanimateur ;
- Six techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Une sage-femme maitresse ;
- Cinquante-une sage-femme,
- Quatre infirmiers d'état,
- Treize infirmières obstétriciennes,
- Cinq instrumentistes,

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

- Un agent technique de santé ;
- Trois aides-soignantes,
- Six chauffeurs d'ambulances,
- Quatre manœuvres,
- Trois gardiens.

Dans le cadre de la formation, le service reçoit des étudiants dans tous les Ordres d'enseignement socio sanitaire dont ceux de la Faculté de Médecine en année de thèse. Fonctionnement du service de gynécologie obstétrique du CS Réf CV :

Les consultations prénatales sont effectuées par les sage-femmes tous les jours ouvrables.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours ouvrables et les samedis dans le cadre du projet weekend 70.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les Gynécologues Obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences Gynécologiques et obstétricales y compris les cas de violences basées sur le Genre (Unité de One Stop Center).

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans le cadre de la prise en charge des interventions chirurgicales gynéco obstétricales (urgences et programmées).

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des évènements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par un Médecin Gynécologue Obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le Centre et les CScom, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS (Centre National de Transfusion Sanguine).

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

Dès qu'il y'a un décès la notification est faite dans les 48 heures et l'audit se fera au plus tard dans les 2 semaines suivantes.

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- Un Gynécologue Obstétricien, chef de garde ; plus de Cinq étudiants en médecine Faisant Fonction d'Internes (FFI) ;
- Trois sage-femmes remplaçables par trois autres toutes les 12 heures et une Infirmière obstétricienne / aide-soignante par 24 heures ;
- Un assistant médical en anesthésie, le médecin anesthésiste étant en Astreinte
- Un technicien de laboratoire ;
- Un instrumentiste ;
- Un chauffeur d'ambulance ;
- Deux techniciens de surface qui assurent la propreté permanente du service. Cette équipe dispose de 5 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et Chirurgicales.

2. Type et lieu d'étude

Nous avons mené une étude transversale de type cas-témoins (1 cas pour 2 témoins) dans le service de Gynécologie Obstétrique du CSRéf de la commune V du District de Bamako.

3. La période d'étude

L'étude s'est déroulée du 01 Janvier 2022 au 31 Décembre 2023, soit 2ans.

4. Population d'étude

L'étude a porté sur toutes les patientes admises pour travail d'accouchements dans le service de Gynécologie Obstétrique du CSRéf CV du district de Bamako durant la période d'étude.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

Les cas : Etaient considérés comme cas toutes les ruptures utérines diagnostiquées et prise en charge dans le service pendant cette période d'étude.

Les témoins : Sont représentés par les deux premières patientes qui suivaient les cas, admises dans la même période, ne présentant pas de rupture utérine.

5. Echantillonnage

L'échantillon était exhaustif et était constitué par les cas des ruptures utérines.

a. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude, tous les dossiers

- ✓ **Cas :** Les ruptures utérines diagnostiquées pendant le travail ou dans le post partum et prise en charge dans le service dont l'âge de la grossesse était ≥ 28 SA.
- ✓ **Témoins :** Les accouchements par voie basse dans le service sans rupture utérine dont l'âge de la grossesse était ≥ 28 SA.

b. Critères de non inclusion

N'étaient pas inclus dans cette étude :

- ✓ **Cas :** Les ruptures utérines diagnostiquées pendant le travail ou dans le post partum dont la prise en charge n'a pas été faite dans le service dont l'âge de la grossesse était ≥ 28 SA.
- ✓ **Témoins :** Les accouchements hors du service sans rupture utérine a un terme d'au moins 28SA

6. Collecte des données

a. Supports

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête remplie à partir de :

- Dossiers obstétricaux ;
- Registre d'admission en salle de naissance ;

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

- Registre d'accouchements ;
- Registre de références/évacuations reçues,
- Registre de césariennes ;
- Registre de compte rendu opératoire ;
- Registre de référence de nouveau-né ;
- Registre de décès maternels ;
- Registre de décès périnataux ;
- Registre d'hémorragie du post partum ;
- Registre de transfusion.

b. Technique de collecte des données

La collecte des données a été faite par la lecture des documents suscités, par consignation des informations sur les fiches d'enquête. Lorsqu'il y avait des données manquantes dans lesdits supports, les personnes ont été contacté pour tenter d'obtenir ces informations manquantes.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

7. Variables d'étude

Variables qualitatives	Variables quantitatives
La résidence	Age maternel
Statut matrimonial	Age gestationnel
Notion d'instruction	Nombre de CPN
Niveau d'instruction	Intervalle inter génésique
La profession de la patiente	Nombre de césarienne
La profession du conjoint	Nombre de contractions utérines
Mode d'admission	Hauteur utérine
Moyen de transport	Durée de l'intervention
Provenance	Poids du nouveau ne
Motif de référence	Score d'Apgar
Partographe avant l'admission au Csref	
Lieu de CPN	
Qualification de l'auteur	
Antécédant de césarienne	
Gestité	
Parité	
Nombre d'enfant vivant	
Nombre d'enfant décédé	
Nombre d'avortement	
Mode d'entrée en travail	
Déroulement du travail	
Type de rupture utérine	
Utilisation abusive des ocytociques	
Circonstance de découverte	

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

Etat général	
Conjonctive	
Choc hémorragique	
Sensation de couler du liquide amniotique dans le ventre	
Voie veineuse sur et efficace	
Présence d'ancienne cicatrice de césarienne	
Bruits du cœur foetal	
Palpation du foetus sous la peau	
Métrorragie	
Présentation	
Mode d'accouchement	
Nature de la rupture utérine	
Siège de la lésion	
Lésion associée	
Type de lésion	
Type d'intervention	
Transfusion	
Evolution	
Etat du nouveau-né	
Etat du mort-né	
Malformation foetal	
Pronostic maternel	
Pronostic foetal	
Pronostic néonatal	

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

8. Analyse des données

Le traitement de texte a été fait avec le logiciel Microsoft Word version 2016 ;

La saisie et l'analyse des données ont été faites avec le logiciel SPSS 26.

Le test statistique utilisé était :

L'importance du risque a été évaluée selon la valeur de l'OR (odds ratio) :

- $OR > 1$: le facteur de risque augmente la survenue de la rupture utérine,
- $OR = 1$: il n'y a pas de relation entre le facteur de risque et la survenue de la rupture utérine,
- $OR < 1$: la présence du facteur de risque protège contre la survenue de la rupture utérine.

9. Aspects éthiques

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des parturientes ne figurent dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail se veut une recherche opérationnelle. Ainsi, les résultats obtenus seront mis à la disposition de tous les intervenants dans le domaine de la santé de la mère et ceci dans l'intérêt des parturientes.

10. Définitions opérationnelles

- **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

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

- **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.
- **Evacuation** : C'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation.
- **Etat de mort apparent** : Score d'Apgar allant de 1 à 3.
- **Apgar morbide** : Nouveau-né ayant un score d'Apgar à la première minute entre 4 et 7
- **Pronostic materno-foetal** : Issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité.
- **Mortalité périnatale** : Elle regroupe la MFIU et la mort néonatale précoce.
- **Mortalité néonatale précoce** : Elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 6ème jour de vie.
- **Facteurs de risque** : « toute caractéristique ou toute circonstance déterminante, attachée à une personne ou à un groupe de personnes, et dont on sait, qu'elle est associée à un risque anormal d'existence ou d'évolution d'un processus ou d'une exposition spéciale à un tel processus »
- **Score infectieux** : ensemble de paramètres côtés de 0 à 2 qui permettent d'évaluer le risque infectieux en cas de césarienne ou rupture utérine.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

V. RESULTATS

1. Fréquence : Durant ces deux ans d'étude, nous avons enregistré 50 cas de ruptures utérines pour 19214 accouchements soit une fréquence de 0,26% avec une rupture utérine pour 385 accouchements.

Tableau I : Fréquence des ruptures utérines selon l'année.

ANNEES	ACCOUCHEMENTS	RUPTURES UTERINES	RUPTURE UTERINE/ ACCOUCHEMENT
2022	9482	15	1/625
2023	9732	35	1/385

2. Caractéristiques socio-démographiques

2.1. Tranche d'âge

Tableau II : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
≤ 19	1 (4,3)	22 (95,7)	23 (100,0)	0,052	0,007	[0,006 ; 0,444]
20-34	36 (36,4)	63 (63,6)	99 (100,0)	0,66	0,336	[0,282 ; 1,541]
≥ 35	13 (46,4)	15 (53,6)	28 (100,0)	Réf		

La tranche d'âge la plus représentée a été 20-34 ans chez les cas avec une fréquence 36,4% et 63,6% pour les témoins.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

2.2. La résidence

Tableau III : Répartition des patientes selon la résidence.

Rupture utérine						
Résidence (%)	Oui	Non	Total	OR	p-valeur	IC
Commune V	28 (24,3)	87 (75,7)	115(100,0)	2,037	0,0001	[1,307 ; 3,173]
Hors commune V	22 (62,9)	13 (37.1)	35 (100,0)	Réf		

Khi-carre = 16,216

Les patientes résidantes dans la commune V étaient les plus représenté avec une fréquence de 24,3% chez les cas contre 75,7% pour les témoins

2.3. Statut matrimonial

Tableau IV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Rupture utérine						
Statut matrimonial (%)	Oui	Non	Total	OR	p-valeur	IC
Mariée	49 (33,6)	97 (66,4)	146 (100,0)	0.887	0,721	[0,497 ; 1,578]
Célibataire	1 (25,0)	15 (75,0)	4 (100,0)	Réf		

Fisher = 0,128

Les femmes mariées ont représenté 33,6% chez les cas contres 66,4% pour les témoins

2.4. Notion d'instruction

Tableau V : Répartition des patientes selon la notion d'instruction.

Notion d'instruction (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
Instruite	3 (15,0)	17 (85,0)	20 (100,0)	1,331	0,107	[1,063 ; 1,667]
Non instruite	47 (36,2)	83 (63,8)	130 (100,0)	Réf		

Khi-carre = 2,603

2.5. Niveau d'instruction

Tableau VI : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
Non instruite	47 (36,2)	83 (63,8)	130 (100,0)	0,566	0,690	[0,034 ; 9,259]
Primaire	1 (12,5)	7 (87,5)	8 (100,0)	0,143	0,272	[0,004 ; 4,608]
Secondaire	1 (10,0)	9 (90,0)	10 (100,0)	0,111	0,213	[0,003 ; 3,521]
Célibataire	1 (25,0)	15 (75,0)	4 (100,0)	Réf		

La majorité de nos patientes étaient non instruite chez les cas avec une fréquence de 36,2% contre 63,8% chez les témoins

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

2.6. Profession

Tableau VII : Répartition des patientes selon la profession.

Profession (%)	Rupture utérine			p-valeur
	Oui	Non	Total	
Ménagère	40 (36,7)	69 (63,3)	109 (100,0)	0,999
Elève ou Étudiante	0 (0,0)	9 (100,0)	9 (100,0)	1,000
Commerçante	8 (38,1)	13 (61,9)	21 (100,0)	0,999
Enseignante	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100,0)	0,999
Agent de santé	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (100,0)	0,999
Autre	0 (0,0)	6 (100,0)	6 (100,0)	Réf

Les ménagères ont représenté 36,7% chez les cas contre 63,3% chez les témoins

2.7. Mode d'admission

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

Mode d'admission (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
Venue d'elle-même	22 (20,2)	87 (79,8)	109 (100,0)	2,517	0,001	[1,591 ; 3,984]
Évacuée	28 (68,3)	13 (31,7)	41 (100,0)	Réf		

Khi-carre =30,094

Les patientes évacuées représentaient 68,3% chez les cas contre 31,7% chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($p < 0,001$), OR=2,57 [1,591 ; 3,984]

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

2.8. Moyen de transports

Tableau IX : Répartition des patientes selon le moyen de transports.

Rupture utérine						
Moyen de transports (%)	Oui	Non	Total	OR	p-valeur	IC
Ambulance	16 (58,3)	11 (40,7)	27 (100,0)	2,183	0,432	[0,311 ; 15,384]
Transport en commun	32 (27,1)	86 (72,9)	118 (100,0)	0,558	0,533	[0,089 ; 3,497]
Voiture personnelle	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (100,0)	Réf		

Parmi les moyens de transport utiliser le plus fréquent fut le transport en commun avec une fréquence de 27.1% chez les cas contre 72,9% chez les témoins.

2.9. Provenance

Tableau X : Répartition des patientes selon la provenance.

Rupture utérine						
Provenance (%)	Oui	Non	Total	OR	p-valeur	IC
Structure de santé	28 (68,3)	13 (31,7)	41 (100,0)	0,397	0,0001	[0,251 ; 0,629]
Domicile	22 (20,2)	87 (79,8)	109 (100,0)	Réf		

Khi-carre = 30,094

La majorité de nos patientes venaient d'une structure de sante chez les cas avec une fréquence 68,3% contre 31,7% chez les témoins.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

3. Facteur de risque

3.1. Motif de référence

Tableau XI : Répartition des patientes selon le motif de référence

Motif de référence (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur
	Oui	Non	Total		
Rupture utérine	3 (100,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	1,000	0,999
Hémorragie	12 (92,3)	1 (7,7)	13 (100,0)	12,048	0,034
Syndrome de pré-rupture utérine	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1,000	1,000
Contractions utérines douloureuses	24 (20,7)	92 (79,3)	116 (100,0)	0,260	0,021
Asphyxie fœtale	3 (100,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	1,000	0,999
Autre	7 (50,0)	7 (50,0)	14 (100,0)	Réf	

L'hémorragie a représentée 92,3% des motifs de références chez les cas contre 7,7% chez les témoins.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

3.2. Partographe avant l'admission

Tableau XII : Répartition des patientes selon le partographe avant l'admission

		Rupture utérine					
Partographe avant l'admission au csref CV (%)	Oui	Non	Total	OR	p-valeur	IC	
Oui	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100,0)	0,495	0,218	[0,100 ; 2,462]	
Non	48 (32,7)	99 (67,3)	147 (100,0)	Réf			

Fisher = 1,520

Les patientes admises dans le service sans un partogramme représentaient 32,7% chez les cas contre 99% chez les témoins

3.3. Age gestationnel

Tableau XIII : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel

		Rupture utérine					
Age gestationnel (%)	Oui	Non	Total	OR	p-valeur	IC	
28SA-33SA+06 jours	0 (0,0)	3 (100,0)	3 (100,0)	0,0001	0,999	[0,167 ; 2,378]	
34SA-36SA+06 jours	4 (33,3)	8 (66,7)	12 (100,0)	0,967	0,959	[0,277 ; 3,378]	
37SA - 42SA	46 (34,1)	89 (65,9)	135 (100,0)	Ref			

L'âge gestationnelle de 37SA a 42SA étaient la plus représenté chez cas avec une fréquence de 34.1% contre 65,9% chez les témoins

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

3.4. Nombre de CPN

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Rupture utérine						
Nombre du CPN (%)	Oui	Non	Total	OR	p-valeur	IC
0	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (100,0)	2,237	0,386	[0,362 ; 13,699]
1-4	29 (26,9)	79 (73,1)	108 (100,0)	0,410	0,025	[0,188 ; 0,895]
>4	17 (47,2)	19 (52,8)	36 (100,0)	Ref		

La majorité de nos patientes avaient un nombre de consultation compris entre 1 et 4 avec une fréquence 26,9% chez les cas contre 73,1% chez les témoins

3.5. Lieu de CPN

Tableau XV : Répartition des patientes selon le lieu de CPN

Rupture utérine						
Lieu de CPN (%)	Oui	Non	Total	OR	p-valeur	IC
Cscom	17 (41,5)	24 (58,5)	41 (100,0)	0,398	0,079	[0,143 ; 1,112]
Csref	17 (20,2)	67 (79,8)	84 (100,0)	0,143	0,0001	[0,054 ; 0,378]
Structure privée	16 (64,0)	9 (36,0)	25 (100,0)	Ref		

Les patientes ayant fait leur consultation prénatale dans une structure privée représentaient 64% chez les cas contre 36% chez les témoins

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

3.6. Qualification de l'auteur

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la qualification de l'auteur.

Qualification de l'auteur (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
Médecin	14 (33,3)	28 (66,7)	42 (100,0)	0,495	1,000	[0,777 ; 1,287]
Sage-femme	36 (33,3)	72 (66,7)	108 (100,0)	Réf		

Khi-carre = 0,0001

Les consultations prénatales étaient réalisées dans la majeure partie des cas par une sage-femme avec une fréquence de 33,3% chez les cas contre 66,7% chez les témoins

3.7. Antécédant de césarienne

Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'antécédant de césarienne.

Antécédant de césarienne (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
Oui	21 (87,5)	3 (12,5)	24 (100,0)	0,162	0,0001	[0,056 ; 0,470]
Non	29 (23,0)	97 (77,0)	126 (100,0)	Réf		

Khi-carre = 34,877

Les patientes ayant un antécédant de césarienne représentaient 87,5% chez les cas contre 12,5% chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($p < 0,0001$), $OR = 0,162$ [0,056 ; 0,470]

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

3.8. Gestité

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la gestité.

Gestité (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
Primigeste	0 (0,0)	22 (100,0)	22 (100,0)	0,0001	0,998	[0,456 ; 1,789]
Pauci geste (2-3)	21 (34,4)	40 (65,6)	61 (100,0)	0,688	0,306	[0,336 ; 1,408]
Multi geste (>4)	29 (43,3)	38 (56,7)	67 (100,0)	Réf		

Les multigeste étaient les plus représenté avec une fréquence de 43,3% chez cas contre 56,7% chez les témoins.

3.9. Parité

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la parité.

Parité (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
Primipare	5 (13,5)	32 (86,5)	37 (100,0)	0,142	0,001	[0,046 ; 2,296]
Pauci pare (2-3)	23 (32,4)	48 (67,6)	71 (100,0)	0,435	0,038	[0,199 ; 0,953]
Multi pare (>4)	22 (52,4)	20 (47,6)	42 (100,0)	Réf		

Les pauci pare étaient les plus représenté avec une fréquence de 32,4% chez cas contre 47,6% chez les témoins.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

3.10. Enfant vivant

Tableau XX : Répartition des patientes selon le nombre d'enfant vivant

Nombre d'enfant vivant (%)	Rupture utérine		
	Oui	Non	Total
0	0 (0,0)	28 (100,0)	28 (100,0)
1	14 (37,8)	23 (62,2)	37 (100,0)
2	10 (33,3)	20 (66,7)	30 (100,0)
3	5 (29,4)	12 (66,7)	17 (100,0)
4	6 (42,9)	8 (57,1)	14 (100,0)
5	7 (63,6)	4 (57,1)	11 (100,0)
6	5 (100,0)	0 (0,0)	5 (100,0)
7	0 (0,0)	3 (100,0)	3 (100,0)
8	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (100,0)

3.11. Enfant décédé

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le nombre d'enfant décédé

Nombre d'enfant décédé (%)	Rupture utérine		
	Oui	Non	Total
0	30 (26,1)	85 (73,9)	115 (100,0)
1	17 (63,0)	10 (37,0)	27 (100,0)
2	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100,0)
3	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (100,0)

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

3.12. Nombre d'avortement

Tableau XXII : Répartition des patientes selon le nombre d'avortement

Nombre d'avortement (%)	Rupture utérine		
	Oui	Non	Total
0	41 (34,2)	79 (65,8)	120 (100,0)
1	6 (31,6)	13 (68,4)	19 (100,0)
2	10 (0,0)	6 (100,0)	6 (100,0)
3	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100,0)
5	2 (100,0)	0 (100,0)	2 (100,0)

3.13. Intervalle inter génésique

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon l'intervalle inter génésique.

Intervalle inter génésique (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
≤ 2ans	32 (31,1)	71 (68,9)	103 (100,0)	1,117	0,494	[0,861 ; 1,449]
> 2ans	18 (38,3)	29 (61,7)	47 (100,0)	Réf		

Khi-carre = 0,469

Les patientes ayant un intervalle inter génésique ≤ 2 ans représentaient 31,1% chez les cas contre 68,9% chez les témoins. L'intervalle inter génésique ≤ 2ans est un facteur associé à la rupture utérine avec un OR = 1,117[0,861 ; 1,449]

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

3.14. Nombre de césarienne

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le nombre de césarienne

Nombre de césarienne (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur
	Oui	Non	Total		
0	26 (21,1)	97 (78,9)	123 (100,0)	0,134	0.106
1	22 (91,7)	2 (8,3)	24 (100,0)	5,494	0,233
2	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100,0)	Réf	

La majorité de nos patientes n'avaient pas d'antécédent de césarienne avec une fréquence de 21,1% chez les cas contre 78,9% chez les témoins

4. Prise en charge de la rupture utérine

4.1. Mode d'entrée en travail

Tableau XXV : Répartition des patientes selon le mode d'entrée en travail

Mode d'entrée en travail (%)	Rupture utérine			p-valeur
	Oui	Non	Total	
Spontanée	49 (32,9)	100 (67,1)	149 (100,0)	0,157
Déclenchement	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	Ref

Fisher = 2,000

La majorité de nos patientes étaient entrée spontanément en travail avec une fréquence de 32% chez les cas contre 67,1% chez les témoins.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

4.2. Déroulement du travail

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le déroulement du travail

Déroulement du travail (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
A domicile	9 (14,5)	53 (85,5)	65 (100,0)	0,019	0.0001	[0,002 ; 0,167]
Au cscom	9 (81,8)	2 (18,2)	11 (100,0)	0,500	0.597	[0,038 ; 6,536]
Au csref	23 (34,3)	44 (65,7)	67 (100,0)	0,058	0,009	[0,007 ; 0,487]
Structure privée	9 (90,0)	1 (10,0)	10 (100,0)	Réf		

4.3. Statut utérin

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le statut utérin

Statut utérin (%)	
Utérus sain	24 (48)
Utérus cicatriciel	26 (52)
Total	50 (100,0)

Les utérus cicatriciels représentaient 52% de notre effectif

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

4.4. Utilisation abusive des ocytociques

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon l'utilisation abusive des ocytociques

Utilisation abusive des ocytocique (%)	Rupture utérine		Total	p-valeur
	Oui	Non		
Oui	29 (100,0)	0 (0,0)	29 (100,0)	0,0001
Non	21 (17,4)	100 (82,6)	121 (100,0)	Ref

Khi carre = 68,23

La majorité des ruptures utérines étaient due à une utilisation abusive des ocytociques. Test de khi carre avec un p-valeur < 0,0001 est significative donc l'utilisation abusive des ocytocique est facteur associé à la rupture utérine

4.5. Circonstance de découverte

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon la circonstance de découverte

Circonstance de découverte (%)	
Tableau franc de rupture utérine pendant le travail	35 (70)
Rupture utérine découverte au cours d'une révision utérine dans le post partum	15 (30)
Total	50 (100,0)

Les ruptures utérines découvertes pendant le travail d'accouchement représentaient 70% contre 30% qui ont été découvertes au cours d'une révision utérine dans le post partum

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

4.6. Etat général

Tableau XXX : Répartition des patientes selon l'état général

Etat général (%)	Rupture utérine			p-valeur
	Oui	Non	Total	
Bon	38 (27,5)	100 (72,5)	138 (100,0)	0,0001
Mauvais	12 (100,0)	0 (0,0)	12 (100,0)	Ref

Fisher = 25,913

La majorité de nos patientes avaient un bon état général avec une fréquence de 27,5% chez les cas contre 72,5% chez les témoins

4.7. Conjonctive

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon les conjonctives

Conjonctives (%)	Rupture utérine			p-valeur
	Oui	Non	Total	
Colorées	38 (27,5)	100 (72,5)	138 (100,0)	0,0001
Pales	12 (100,0)	0 (0,0)	12 (100,0)	Ref

Fisher = 25,913

La majorité de nos patientes avaient les conjonctives colorées avec une fréquence de 27,5% chez les cas contre 72,5% chez les témoins

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

4.8. Choc hémorragique

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon le choc hémorragique

Choc hémorragique (%)	Rupture utérine			p-valeur
	Oui	Non	Total	
Oui	9 (100,0)	0 (0,0)	9 (100,0)	0,0001
Non	41 (29,1)	100 (70,9)	141 (100,0)	Ref

Fisher = 19,021

4.9. Sensation de couler du liquide chaud dans le ventre

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon la sensation de couler du liquide chaud dans le ventre

Sensation de couler du liquide chaud dans le ventre (%)	Rupture utérine			p-valeur
	Oui	Non	Total	
Oui	7 (100,0)	0 (0,0)	7 (100,0)	0,0001
Non	43 (30,1)	100 (69,9)	143 (100,0)	Ref

Fisher = 14,587

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

4.10. Mise en place d'une voie veineuse sur et efficace avant la référence

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon la mise en place d'une voie veineuse sûr et efficace avant la référence

Mise en place d'une voie veineuse sûr et efficace (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
Oui	28 (77,8)	8 (22,2)	36 (100,0)	0,275	0,0001	[0,148 ; 0,511]
Non	22 (19,3)	92 (80,7)	114 (100,0)	Réf		

Khi carre =39,515

La majorité de nos patientes étaient referée avec une voie veineuse sûr et efficace avec une fréquence de 77,8% chez les cas contre 22,2% chez les témoins

4.11. Présence de l'ancienne cicatrice de césarienne

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon la présence de l'ancienne cicatrice de césarienne

Présence d'ancienne cicatrice de césarienne (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
Oui	24 (92,31)	2 (7,69)	26 (100,0)	0,102	0,0001	[0,027 ; 0,387]
Non	27 (21,77)	97 (78,22)	124 (100,0)	Réf		

Khi carre = 43,350

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

4.12. Nombre de contractions utérines

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon le nombre de contraction utérine

Nombre de contraction utérine (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur
	Oui	Non	Total		
0	17 (100,0)	0 (0,0)	17 (100,0)	1,000	1,000
1-5	30 (23,1)	100 (76,9)	130 (100,0)	0,0001	0,999
>5	3 (100,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	Ref	

Les patientes ayant 1 à 5 contraction utérine tous les 10min représentaient 23,1% chez les cas contre 76,9% chez les témoins.

4.13. Hauteur utérine

Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
< 35	48 (33,1)	97 (66,9)	145 (100,0)	1,115	0,749	[0,540 ; 2,302]
≥35	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (100,0)	Réf		

Fisher = 0,103

Les patientes ayant une hauteur < 35 cm représentaient 33,1% chez les cas contre 66,7% chez les témoins.

4.14. Bruits du cœur foetal

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon les Bruits du cœur foetal

Bruits du cœur foetal (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
Absent	25 (86,2)	4 (13,8)	29 (100,0)	0,174	0,0001	[0,070 ; 0,434]
Présent	25 (20,7)	96 (79,3)	121 (100,0)	Réf		

Khi carre = 42,325

Les bruits du cœur foetal étaient présents chez la majorité de nos patientes avec une fréquence de 20,7% chez les cas contre 79,3% chez les témoins.

4.15. Palpation du fœtus sous la peau

Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon la palpation du fœtus sous la peau

Palpation du fœtus sous la peau (%)	Rupture utérine			p-valeur
	Oui	Non	Total	
Oui	11 (100,0)	0 (0,0)	11 (100,0)	0,0001
Non	39 (28,1)	100 (79,9)	139 (100,0)	Ref

Fisher = 23,583

Le fœtus n'était pas palpé sous la peau chez 28,1% des patientes pour les cas contre 79,9% pour les témoins

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

4.16. Métrorragie

Tableau XL : Répartition des patientes selon les métrorragies

Métrorragie (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
Oui	21 (91,3)	2 (8,7)	23 (100,0)	0,113	0,0001	[0,030 ; 0,425]
Non	29 (22,8)	98 (77,2)	127 (100,0)	Réf		

Khi carre = 38,058

La majorité de nos patientes ne présentaient pas des métrorragies avec une fréquence de 22,8% chez les cas contre 77,2% chez les témoins.

4.17. Présentation du fœtus

Tableau XLI : Répartition des patientes selon la présentation du fœtus

Présentation du fœtus (%)	Rupture utérine			p-valeur
	Oui	Non	Total	
Sommet	34 (25,8)	98 (74,2)	132 (100,0)	1,000
Front	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	0,999
Siege	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	0,999
Transversale	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	Ref

La présentation du fœtus était sommet chez la majorité de nos patientes avec une fréquence de 25,8% pour les cas contre 74,2% pour les témoins.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

4.18. Mode d'accouchement

Tableau XLII : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
Voie basse	18 (15,9)	95 (84,1)	113 (100,0)	6,221	0,0001	[2,743 ; 14,112]
Laparotomie	32 (86,5)	5 (13,5)	37 (100,0)	Réf		

Khi carre = 59,308

La majorité de nos patientes avaient accouchée par voie basse avec une fréquence de 15,9% chez les cas contre 84,1% chez les témoins

5. Pronostic materno-fœtal

5.1. Pronostic maternel

5.1.1. Nature complète ou non de la rupture utérine

Tableau XLIII : Répartition des patientes selon la nature complète ou non de la rupture utérine

Rupture utérine complète (%)	
Oui	29 (58)
Non	21 (42)
Total	50 (100,0)

Dans 58% cas les ruptures utérines étaient complète

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

5.1.2. Siege de la lésion

Tableau XLIV : Répartition des patientes selon le siège de la lésion

Siege de la lésion (%)	
Segmentaire	29 (58)
Corporéale	8 (16)
Segmento- corporéale	13 (26)
Total	50 (100,0)

Le siège de la lésion était segmentaire dans la majorité des cas avec une fréquence de 58%

5.1.3. Lésions associées

Tableau XLV : Répartition des patientes selon les lésions associées

Lésions associées (%)	
Oui	13 (26,0)
Non	37 (74,0)
Total	50 (100,0)

Il y'avait des lésions associées dans 26% des cas.

5.1.4. Type de lésion

Tableau XLVI : Répartition des patientes en fonction du type de lésion

Type de lésion (%)	
Atteinte des pédicules vasculaires	13 (26)
Aucune lésion	37 (74,0)
Total	50 (100,0)

Les pédicules vasculaires ont été atteinte dans 26% des cas.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

5.1.5. Type d'intervention

Tableau XLVII : Répartition des patientes selon le type d'intervention

Type d'intervention (%)	
Hystérorraphie sans ligature tubaire	40 (80,0)
Hystérectomie subtotale avec ou sans conservation des annexes	9 (18,0)
Hystérectomie totale avec ou sans conservation des annexes	1 (0,02)
Total	50 (100,0)

L'hystérorraphie sans ligature tubaire a été réalisée dans 80% des cas.

5.1.6. Transfusion

Tableau XLVIII : Répartition des patientes selon la transfusion

Transfusion (%)	Rupture utérine			p-valeur
	Oui	Non	Total	
Oui	22 (100,0)	0 (0,0)	100 (100,0)	0,0001
Non	28 (21,9)	100 (78,1)	128 (100,0)	Ref

Khi-carre = 48,107

La majorité de nos patientes non pas été transfusée avec une fréquence de 21,9% pour les cas contre 78,1% pour les témoins.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

5.1.7. Durée de l'intervention

Tableau XLIX : Répartition des patientes selon la durée de l'intervention

Durée de l'intervention en heure (%)	
1	27 (54,0)
2	22 (44,0)
3	1 (2,0)
Total	50 (100,0)

Dans 54% des cas les interventions ont eu une durée de 1h.

5.1.8. Evolution

Tableau L : Répartition des patientes selon l'évolution des suites opératoires

Evolution (%)	Rupture utérine			p-valeur
	Oui	Non	Total	
Simple	28 (21,9)	100 (78,1)	128 (100,0)	0,0001
Complications	22 (100,0)	0 (0,0)	22 (100,0)	Ref

Khi-carre = 45,411

L'évolution fut simple chez les cas avec une fréquence de 21,9% contre 788,1% chez les témoins.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

5.1.9. Type de complication

Tableau LI : Répartition des patientes selon le type de complication

Complication (%)	Rupture utérine		
	Oui	Non	Total
Aucun	28 (21,9)	100 (78,1)	128 (100,0)
Péritonite	2 (,0)	0 (0,0)	2 (100,0)
Anémie	18 (100,0)	0 (0,0)	18 (100,0)
Décès	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (100,0)

Les complications observées étaient : 18 cas d'anémie ;2 cas de péritonite et 2 cas décès.

5.2. Pronostic fœtal

5.2.1. Etat du nouveau-né

Tableau LII : Répartition des patientes selon l'état du nouveau-né

Etat du nouveau-né (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
Vivant	29 (23,2)	96 (76,8)	125 (100,0)	4,800	0,0001	[1,945 ; 11,845]
Mort	21 (84,0)	4 (16,0)	25 (100,0)	Réf		

Khi-carre = 31,974

La majorité de nos nouveau-nés étaient vivant avec une fréquence de 23,2% chez les cas contre 76,8% chez les témoins. Il existe un lien entre l'état du nouveau-né et la survenue de la rupture utérine avec un OR = 4,800, pv = 0,0001 et [1,945 ; 11,845]

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

5.2.2. Etat du mort-né

Tableau LIII : Répartition des patientes selon l'état du mort-né

Etat du mort-né (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
Frais	19 (86,4)	3 (13,6)	22 (100,0)	0,409	0,392	[0,060 ; 2,776]
Macéré	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100,0)	Réf		

Fisher = 0,732

Parmi les mort-nés 86,4% étaient des mort-nés frais chez les cas contre 13,6% chez les témoins.

5.2.3. Poids du nouveau-né

Tableau LIV : Répartition des patientes selon le poids du nouveau-né

Poids du nouveau-né (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
<2500	2 (14,3)	12 (85,7)	14 (100,0)	0,041	0,019	[0,003; 0,592]
2500-3999	44 (33,6)	87 (66,4)	131 (100,0)	0,126	0,068	[0,014 ; 1,165]
≥4000	4 (80,0)	1 (20,0)	5 (100,0)	Ref		

La majorité de nos nouveau-nés avaient un poids compris entre 2500g et 3999g avec une fréquence de 33,6% chez les cas contre 66,4% chez les témoins. Il n'existe pas de lien entre la nature de la rupture et le poids du nouveau-né

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

5.2.4. Score d'Apgar a la 1ere min

Tableau LVI : Répartition des patientes selon score d'Apgar a la 1ere min

Score d'Apgar a la 1ere min (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
0	21 (84,0)	4 (16,0)	25 (100,0)	20,83	0,0001	[6,579; 66,667]
1-3	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	0,0001	1,000	[5,067; 40,997]
4-7	6 (66,7)	3 (33,3)	9 (100,0)	8,0	0,005	[1,859; 34,483]
8-10	23 (20,0)	92 (80,0)	115 (100,0)	Ref		

La majorité des nouveau-nés vivant avaient un score d'Apgar a la 1ere min compris entre 8 et 10 avec une fréquence de 20% chez les cas contre 80% chez les témoins.

5.2.5. Score d'Apgar a la 5-ème min

Tableau LVII : Répartition des patientes selon le score d'Apgar a la 5-ème min

Score d'Apgar a la 5-ème min (%)	Rupture utérine			OR	p-valeur	IC
	Oui	Non	Total			
0	21 (84,0)	4 (16,0)	25 (100,0)	16,949	0,0001	[5,405; 52,631]
4-7	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (100,0)	0,0001	0,999	[6,876, ; 60,392]
8-10	29 (23,6)	94 (76,4)	123 (100,0)	Ref		

La majorité des nouveau-nés vivant avaient un score d'Apgar a la 5-ème min compris entre 8 et 10 avec une fréquence de 23,6% chez les cas contre 76,4% chez les témoins.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

VI. DISCUSSIONS

1. Fréquence :

Pendant la période d'étude, nous avons colligé 50 cas de ruptures utérines sur 19214 accouchements (0,26%), soit une fréquence d'une rupture utérine pour 385 accouchements. Parmi les 50 cas de ruptures utérines nous avons enregistré 26 cas sur utérus cicatriciel soit 52%.

Mariam M BAKO[15] en 2019 et Berthe FK[12] en 2022 avaient trouvé respectivement 37,8% et 38,2%.

Dans nos pays en développement, les chiffres varient de 0,6% à 2,33% [16], [17] Certains auteurs expliquent ce taux élevé par la difficulté d'accès aux soins [16], [18] tandis que d'autres le rattache au fait que les pays en développement, en particulier l'Afrique Sub-saharienne, est sous-médicalisée [19]

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.[6] au Sénégal 1/172 (0,58%) ; 2016.
- Kabibo S.[20] au Bénin 1/135 (0,70%) ; 2015.
- Seme K.[21] au Mali 1/74 (1,35%) ; 2010.
- Astatikie G.[22] en Ethiopie 1/41 (2,44%); 2012.
- Amate P.[23] En Algérie 1/763 (0,128%) ; 2014.
- Diakite Y.[2] Au Mali 1/268(0,37%) ; 2012.

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 bonne surveillance du travail d'accouchement,
- l'abandon des manœuvres obstétricales dangereuse

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

2. Profils sociodémographiques

- **Age**

La rupture utérine peut toucher toutes les tranches d'âges chez les femmes en activité génitale. La tranche d'âge comprise de 20 à 34 ans était la plus représentée dans notre étude avec une fréquence de 36 soit 36,4%. Cette tranche d'âge a été retrouvée par la plupart des auteurs Africains : Bohoussou K. [24] en Côte d'Ivoire, Bayo A. [25] au Mali, Zhiri M.A. [26] au Maroc, N'gassa P.A. [27] au Cameroun, Traoré Y.[28] au Mali.

Par contre certains auteurs comme Gessesew A, Mengiste MM [29] trouvent que l'âge intervient peu. Koné M. [30] 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. Ahmadi S et al [31] en Tunisie avait trouvé une fréquence de rupture utérine beaucoup plus importante après 35ans, mais ils l'associent plutôt à la multiparité qui est un facteur de risque connu.

- **Statut matrimoniale**

1/3 de notre effectif était mariée. Le statut matrimonial " Mariée " était un facteur associé à la survenue de la rupture utérine avec un OR=0,88 [0,497; 1,578]

- **Niveau d'instruction**

Concernant le niveau d'instruction 36,2 % des cas n'était pas instruite contre 63,8% des témoins avec une différence significative(**p=0,107**).

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 [32]. Ceux-ci associés à l'insuffisance ou au manque de consultation prénatale sont des facteurs péjoratifs favorisant la survenue de la rupture utérine [33], [34].

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

- **Consultations prénatales**

Dans notre série, un nombre relativement important de patientes n'avait pas bénéficié d'un suivi prénatal avec le nombre requis de quatre CPN soit 26,9% dans le groupe « Cas » contre 73,1% dans le groupe « témoin ». 66,7% des cas n'avaient réalisé aucune consultation prénatale contre 33,3% chez les témoins. La consultation prénatale "0 CPN" est un facteur associé à la survenue de la rupture utérine avec un $OR=2,237 [0,362; 13,699]$

- **Antécédent :**

Les antécédents d'interventions chirurgicales portant sur l'utérus, les trompes et autres parties génitales (curetage, hystéroplastie, conisation) sont indispensables à prendre en compte. Ainsi dans notre étude :

Il y avait 26 patientes soit 52% qui avaient un antécédent d'utérus cicatriciel.

Drabo A [35] au MALI rapportait 24% de ruptures utérines sur utérus cicatriciel, Sidibé M. [36] au MALI 20,8% de ruptures utérines sur utérus cicatriciel,

L'intervalle inter génésique était inférieur à 2 ans dans 31,1% chez les cas contre 68,9% chez les témoins ($P=0,494$). L'intervalle inter génésique un facteur associé la survenue de la rupture utérine avec un $OR=1,117 [0,861; 1,449]$. Cet intervalle inter génésique réduit semble être un élément important contribuant à une mauvaise récupération histologique du muscle utérin, le fragilisant au fur et à mesure, favorisant ainsi la rupture utérine [32].

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

3. Facteurs de risques

- **Mode d'admission**

En ce qui concerne le mode d'admission 23 parturientes soit 63,9% ont été évacuées chez les cas contre 13 parturientes soit 36,1% chez les témoins

Seydou Fane [37] a trouvé 72,1% des parturientes évacuées chez les cas contre 18,6% chez les témoins.

Maiga Salamanta [9] a trouvé 43,9% des parturientes évacuées chez les cas contre 28,6% chez les témoins.

- **Moyen de transport**

Au cours de notre étude 58,3% des parturientes ont été évacuées par ambulance et 27,1% par transport en commun.

KOITA R. [8] a trouvé 54% des patientes évacuées par ambulance et 7% par transport en commun.

FANE K. [38] a trouvé 90 % des patientes évacuées par ambulance et 8% par transport en commun.

- **Motif d'évacuation**

Douze patientes soit 24% ont été référées pour hémorragie, 3 patientes soit 6% ont été référé pour RU et 3 patientes soit 6% ont été référé pour souffrance fœtal.

FANE K. [38] a trouvé 10% des patientes référées pour métrorragies, 11% pour dilatation stationnaire et 8% pour RU.

L'organisation du système de référence/évacuation a permis de résoudre certaines difficultés liées à l'accès aux structures spécialisées et à la prise en charge des accouchements dystociques. Elle a contribué à diminuer la fréquence des ruptures utérines.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

- **Mode d'entre en travail**

Le travail d'accouchement a été déclenché chez 2% des cas contre 0,0% des témoins. Notre étude nous a permis de conclure que l'utilisation de prostaglandine dans le cadre du déclenchement du travail augmente 6,34 fois le risque de rupture utérine. Rajanarison [39] avait trouvé 19,35% de déclenchement du travail chez les cas contre 3,23% chez les témoins avec une différence significative (**p=0,026 ; OR=7,2**). Comme les prostaglandines sont contre-indiquées en cas d'utérus cicatriciel du fait de l'augmentation connue du risque de rupture utérine [40], [41], nous pouvons en déduire que le risque significatif retrouvé dans cette étude (RU après utilisation de prostaglandine) concerne les utérus non cicatriciels.

Les analogues de la prostaglandine (Misoprostol) sont les médicaments utilisés dans notre service pour l'induction du travail

- **Anomalies du travail d'accouchement**

Dans notre étude, nous avons enregistré 6% d'hypercinésies de fréquence chez les cas contre 0,0% chez les témoins.

- **Poids de naissance des enfants**

Les nouveau-nés ayant un poids de naissance supérieur à 4 000g étaient plus nombreux chez les patientes ayant eu une rupture utérine 8% contre 1% chez les témoins. Le résultat de Rajaonarison et al [39] était de (19,36%) de poids de naissance supérieur à 4000 g avec un p-valeur=0,0057.

Les auteurs comme Guyot A et al [42] ainsi que Zelop et al [43] n'avaient pas retrouvé de différence significative de taux de ruptures utérines selon les poids de naissance des enfants inférieurs ou supérieurs à 4 000g.

En revanche, Elkousy et al [44] rapporte une augmentation du taux de ruptures utérines chez des femmes porteuses d'utérus cicatriciel avec un enfant de poids normal.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

4. Facteurs étiologiques

Dans la littérature les facteurs étiologiques de la rupture utérine sont bien connus [19]. Ils ont été retrouvés dans notre étude pour certains :

- **Utérus cicatriciel**

Les patientes ayant une cicatrice utérine étaient plus nombreuses dans le groupe des cas (87,5%) par rapport à la population témoin (12,5%) avec une différence significative (**P=0,0001 ; OR=0,102**). Pour les cicatrices utérines il s'agissait surtout des cicatrices de césariennes avec une fréquence de 20,83%.

A part la cicatrice utérine de césarienne d'autres types de cicatrices peuvent être incriminées :

Les cicatrices de rupture utérine, les cicatrices gynécologiques (myoméctomie, résection cornuale, anastomose isthmo-utérine, résection de cloison sur utérus cloisonné) [44].

- **Causes iatrogènes**

La rupture utérine peut être spontanée ou provoquée. Elles surviennent lors de l'usage abusif des utérotoniques, des manœuvres obstétricales. Nous avons recensé 29 cas d'utilisation abusive d'ocytocine dans notre étude, soit 58% chez les cas contre 0% chez les témoins avec une différence significative (**P=0,0001**)

5. Pronostic materno fœtal

- **Pronostic maternel**

Les lésions associées aux ruptures utérines étaient fréquentes et variées. L'atteinte des pédicules vasculaires représentait 26% chez les cas.

Nous avons observé un taux de morbidité maternelle de 44% chez les cas. Cette morbidité se répartissait comme suit : l'anémie 36%, les péritonites 4%. Dembélé B T [45] avait rapporté 26,5% de suppuration pariétale.

Dans notre étude, l'anémie représentait la principale complication post opératoire.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

Nous avons enregistré 2 cas de décès maternel soit 4% durant notre étude. 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 [19].

- **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. Le taux de décès périnatal dans notre étude était de 42% chez les cas (dont 2 macérés 9,52%), contre 4% dans la population témoin. Cette différence était statistiquement significative ($P < 0,0001$).

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 [19]. Le pronostic foetal est sombre en cas de rupture utérine, surtout sur utérus sain. Il est jugé meilleur lorsqu'il s'agit de rupture utérine sur utérus cicatriciel. Le foetus paye un lourd tribut à la rupture utérine [18]. Le caractère foeticide des ruptures utérines avaient été rapporté par de nombreux auteurs [16], [18],[46]. Parmi les nouveau-nés vivants chez les cas, 29 avaient un score d'Apgar > 8 à la 5^{ème} minute (58%) contre 94% chez les témoins. Le score d'Apgar à la cinquième minute témoigne l'existence de souffrance périnatale [47] mais selon certains auteurs, cet indice a une mauvaise sensibilité pour prédire le développement de l'enfant [48].

Chez les cas, les nouveau-nés ayant survécu sont issus : de ruptures utérines sous séreuses, le foetus étant encore intra-utérin et le placenta non décollé.

L'absence de rétraction utérine et de décollement placentaire font que le foetus resté dans la cavité amniotique est le plus souvent vivant [19].

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

VII. CONCLUSION

La rupture utérine pose un problème de santé publique dans les pays en voie de développement et particulièrement au Mali où elle est une des principales causes de mortalité maternelle et périnatale.

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

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

La non- scolarisation des patientes, l'absence ou la mauvaise qualité du suivi prénatal, le retard dans l'évacuation des patientes, la multiparité, la mauvaise utilisation d'ocytocine, la cicatrice utérine et l'insuffisance de la capacité d'accueil des patientes en post opératoire dans le service de réanimation étaient les facteurs augmentant la morbidité et la mortalité maternelle.

L'élimination de la rupture utérine pendant le travail passe par la qualité de la suivie périnatale et de la surveillance du travail d'accouchement avec une utilisation rationnelle du partographe de l'OMS

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

VIII. LES RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous avons formulé les recommandations suivantes :

A l'endroit des agents socio sanitaires de la commune V :

- 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.
- Préconiser l'accouchement sur utérus cicatriciel dans les structures disposant de blocs opératoires fonctionnels.
- Intensifier la surveillance du travail d'accouchement sur utérus cicatriciel.
- Arrêter d'utiliser l'ocytocine en intra-musculaire.

A l'endroit du ministère de la santé

- Mettre en place un système de sécurité transfusionnelle (banque de sang).
- Rendre fonctionnel le service de réanimation du CSRéf CV avec une plus grande capacité d'accueil.
- Equiper le service de gynéco-obstétrique de plusieurs cardiotocographes.
- Assurer le recyclage des agents de santé qui sont au niveau des CSCom.

A l'endroit des communautés de la commune V

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

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

IX. REFERENCES

1. Champault G. RUPTURES UTERINES. EXPERIENCE AFRICAINE DE 64 CAS. J.Gynécol.Ostét. Biol.-Réprod1978, 7,4855-860.
2. Diakité Y. La rupture utérine au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako [PhD Thesis]. Thèse: Méd. Université de Bamako, Bamako; 2011. 11M267
3. Traoré Y, Mounkoro N, Traoré Dicko F, Tegueté I, Thera A, Djiré YM, et al. La rupture utérine en milieu rural Malien.
4. Zwart JJ, Richters JM, Öry F, De Vries JIP, Bloemenkamp KWM, Van Roosmalen J. Uterine rupture in the Netherlands: a nationwide population-based cohort study. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2009;116(8):1069-80.
5. Fitzpatrick KE, Kurinczuk JJ, Alfirevic Z, Spark P, Brocklehurst P, Knight M. Uterine rupture by intended mode of delivery in the UK: a national case-control study. PLoS Med. 2012;9(3):e1001184.
6. Guèye L, Thiam M, Niang MM, Sarr FR, Ba PA, Mahamat S, et al. Ruptures utérines à l'hôpital régional de Thiès (Sénégal). J SAGO. 2016;17(2):28-32.
7. Traoré Y, Tegueté I, Dolo A, DICKO F, DIALLO A, DJIRE M. Accouchement dans un contexte d'utérus cicatriciel au CHU Gabriel Touré de janvier 2007 à décembre 2008: modalités et complications. Médecine Afr Noire. 2012;59(11):511-6.
8. Koita R. Aspect épidémio-cliniques et thérapeutiques de la rupture utérine au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako [PhD Thesis]. Thèse de Médecine, Bamako; 2017. 17M121
9. Maiga S, Traoré S O, Maiga B. Rupture utérine pendant le travail : Facteurs étiologiques et le pronostic materno-fœtal au Centre de Santé de Référence de la CV du District de Bamako 2019.19M334
10. Barger MK, Nannini A, Weiss J, Declercq ER, Stubblefield P, Werler M, et al. Severe maternal and perinatal outcomes from uterine rupture among women at term with a trial of labor. J Perinatol. 2012;32(11):837-43.
11. Camara SN. Problématique de la rupture utérine dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU du Point G de Bamako de 2008 à 2012. Domaine: Médecine. 2014;
12. Berthé FK. Les ruptures utérines: Aspect épidémioclinique et pronostic materno-foetal au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako [PhD Thesis]. USTTB; 2022. 22M125
13. Diabaté AK. Rupture utérine à l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes [PhD Thesis]. Thèse de médecine Bamako 2007. 07M98

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

14. El Mansouri E. Accouchements sur utérus cicatriciel: A propos de 150 cas. Rev Fr Gynécologie Obstétrique. 1994;89(12):606-12.
15. Bako MM. Etude épidémio-clinique, thérapeutique et pronostique de la rupture utérine dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU du " Point G" [PhD Thesis]. USTTB; 2019. 19M360
16. Cisse CT, Faye EO, De Bernis L, Diadiou F. Uterine rupture in Senegal. Epidemiology and quality of management. Med Trop Rev Corps Sante Colon. 2002;62(6):619-22.
17. Ruptures utérines: Étude de 57 cas vus au Centre Hospitalier Universitaire de Toamasina Madagascar. Rev D'Anesthésie-Réanimation Médecine D'Urgence. 2010;2(3):4-6.
18. Kouakou P, Djanhan Y, Doumbia Y, Djanhan L, Ouattara M. Les ruptures utérines: aspects épidémiologiques et pronostic fœto-maternel à la maternité du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire). Rev CAMES. 2007;5:87-91.
19. Kone M. Rupture utérine au cours de la grossesse. Encycl Méd Chir Obstétrique Elsevier Paris. 2009.
20. Kabibou S, Sambo BT, Tchaou BA, Sidi R, Dénakpo J, Lokossou A, et al. Les ruptures utérines à l'hôpital de Référence de Parakou au Bénin : aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques. Eur Sci J [Internet].
21. Somé K : rupture utérine à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Thèse de médecine Bamako 10M443.
22. Astatikie G, Limenih MA, Kebede M. Maternal and fetal outcomes of uterine rupture and factors associated with maternal death secondary to uterine rupture. BMC Pregnancy Childbirth. déc 2017;17(1):117.
23. Amate P, Seror J, Aflak N, Luton D. Rupture utérine pendant la grossesse. EMC – Obstétrique, 9(4) :1-10 [Article 5-080-A-10].
24. Bohoussou K, Houphouet KB, Anoma M, Sangaret MA. Ruptures utérines au cours du travail. A propos de 128 cas. Med D'Afrique Noire. 1978 ;17 :467-78.
25. Bayo A. Les ruptures utérines à propos de 58 cas recensés à l'hôpital Gabriel Touré [PhD Thesis]. Thèse : Méd. Université de Bamako, Bamako 1991. 91M04
26. Zhiri MA, Aderdour M, Zaher N. Etude comparative de 2 séries de ruptures utérines : colligées au CHU Averroès de Casablanca de 1979 à 1981 et de 1984 à 1986. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1989 ;18(2) :206-12.
27. Ngassa PC, Shasha W, Kouam L, Doh AS, Kamdommoyo J. Les ruptures utérines au CHU de Yaoundé (Cameroun), une étude rétrospective sur 10 ans. 3 ème congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d'obstétrique. Vol Résumés. 1994.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

28. Traoré Y. Les ruptures utérines à l'hôpital national du point G: Facteurs influençant le pronostic materno fœtal et mesures prophylactiques à propos de 180 cas [PhD Thesis]. Thèse : Méd. Université de Bamako, Bamako; 1996. 96M27.
29. Gessessew A, Melese MM. Ruptured uterus-eight year retrospective analysis of causes and management outcome in Adigrat Hospital, Tigray Region, Ethiopia. *Ethiop J Health Dev.* 2002 ;16(3) :241-5.
30. Kone M, Diarra S. Ruptures utérines au cours de la grossesse. *Encycl Méd Chir. Paris: Elsevier). Obstétrique ; 1995.*
31. Ahmadi S, Nouira M, Bibi M, Boughuizane S, Saidi H, Chaib A, et al. Rupture utérine sur utérus sain gravide. À propos de 28 cas. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2003;31(9):713-7.
32. Sanogo F, Traoré M, Mounkoro N : Pronostic materno fœtal des ruptures utérines au CHU Gabriel Touré à propos de 44 cas. Mémoire de médecine, Diplôme d'Etude Spécialisée (D E S) en Gynécologie et Obstétrique,2018.
33. Guena MN, Alapha F, Tiodjio SK, Nganyou IP, Houmtie CNN, Nana AN. Non-Laboring Uterine Rupture of an Unscared Uterus before Term Discover during Obstetric Ultrasound. *Case Rep Clin Med.* 2018;7(1):47-54.
34. Ouédraogo C, Bouvier-Colle MH. Mortalité maternelle en afrique de l'Ouest: comment, combien et pourquoi?: MOMA (Mortalité maternelle en Afrique). *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2002;31(1):80-9.
35. Drabo A. Les ruptures utérines à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti: facteurs influençant le pronostic materno fœtal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas. *Propos De.* 2000;25.
36. Sidibé M. Ruptures utérines : expérience d'une structure de deuxième référence au service de Gynéco Obstétrique de l'hôpital de Sikasso [PhD Thesis]. thèse de médecine Bamako (Mali); 2000. 00M100
37. Seydou F, Amadou B, Traoré S O, Ibrahima K, Cheickna S, Alassane T, et al. FACTEURS DE RISQUE ET PRISE EN CHARGE DE LA RUPTURE UTERINE DANS UNE STRUCTURE DE 1ERE REFERENCE DU MALI : CAS DU DISTRICT SANITAIRE DE BOUGOUNI. 2022.
38. Fané K. La rupture utérine au Centre de Santé de Référence de Bougouni: aspects cliniques thérapeutiques et pronostic. 2014. 14M271
39. Rajaonarison JJC, Fenomanana MS, Rakotondraisoa JM, Randriambelomanana JA. Rupture utérine pendant le travail: facteurs étiologiques et pronostic materno-fœtal. *Rev D'Anesthésie-Réanimation Médecine D'Urgence.* 2014;6:8-12.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

40. Shipp TD, Zelop C, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. The association of maternal age and symptomatic uterine rupture during a trial of labor after prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2002;99(4):585-8.
41. Practice bulletin no. 115: vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2010;116(2 Pt 1):450.
42. Guyot A, Carbonnel M, Frey C, Pharisien I, Uzan M, Carbillon L. Rupture utérine: facteurs de risque, complications maternelles et fœtales. *J Gynécologie Obstet Biol Reprod.* 2010;39(3):238-45.
43. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Outcomes of trial of labor following previous cesarean delivery among women with fetuses weighing > 4000 g. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185(4):903-5.
44. Elkousy MA, Sammel M, Stevens E, Peipert JF, Macones G. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(3):824-30.
45. Dembélé BT. Etude épidémiologique, clinique et pronostique de ruptures utérines au centre de santé de Référence de la commune V du district de Bamako à propos de 114 cas [PhD Thesis]. Thèse de Med. Bamako 2002. 02M28
46. Hodonou AKS, Schmidt H, Vovor M. Les ruptures utérines en milieu africain: à propos de 165 cas. *Médecine Afr Noire.* 1983;30(12):507-16.
47. Fournié A, Connan L, Parant O, Lesourd-Pontonnier F. Souffrance fœtale aiguë. *Encycl Méd Chir.* 1999;11.
48. Ruth VJ, Raivio KO. Perinatal brain damage: predictive value of metabolic acidosis and the Apgar score. *Br Med J.* 1988;297(6640):24-7.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

X. ANNEXES

- **Etablissement du score infectieux et modification de l'attitude thérapeutique en fonction de la gravite de l'infection [18].**

Cotation	0	1	2
Evacuation	Non suivi dans le service	Maternité de ville	Maternité rurale
Etat de la poche des eaux à l'admission	Intacte	Rompue<12h	Rompue>12h
Odeur du liquide amniotique	Non fétide [clair]		Fétide [purulent]
Température à l'admission	<38 °c	38 °c<T<39 °c	≥39 °c
Degré d'anémie	Muqueuses colorées		Muqueuses décolorées
Etat du segment inférieur du myomètre en per opératoire	Segment normal Utérus bien rétracté		Segment inférieur Effiloché corps utérus mou œdémateux godet+

Score :

- de 0-4 césarienne classique.
- de 5-8 césariennes avec extra péritonisation de la cicatrice d'hystérotomie.
- de 9-12 hystérectomies post césarienne immédiate.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

- **Score d'Apgar :**

Score d'Apgar					
Valeur	Fréquence cardiaque	Respiration	Tonus	Réactivité à la stimulation	Coloration
0	Absente	Absente	Hypotonie globale	Aucune	Cyanosé (bleu) / ou gris
1	< 100	Irrégulière	Flexion des membres	Grimace	Acrocyanose
2	> 100	Efficace	Mouvements actifs	Vive	Rose

Le score complet comprend normalement 3 valeurs prises successivement à 1,5 puis 10 minutes. Un score inférieur à 7 est anormal et nécessite des gestes de réanimation, un score inférieur à 3 est synonyme de mort apparente.

Le mot Apgar a été par la suite transformé en **acronyme** mnémotechnique : Apparence (coloration), Pouls (fréquence cardiaque), Grimace (irritabilité réflexe), Activité (tonus musculaire) et Respiration.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

- **FICHE SIGNALITIQUE**

NOM : Traoré

PRENOM : Moumouni

TITRE DE LA THESE : Rupture utérine pendant le travail au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako

ANNEE DE SOUTENANCE :2023 - 2024

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMOS

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie obstétrique

RESUME :

Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la fréquence, les facteurs associés et le pronostic materno-foetal de la rupture utérine pendant le travail.

Patientes et méthodes

Nous avons mené une étude transversale, type cas-témoins dans le service de Gynécologie Obstétrique du CSRéf de la commune V du District de Bamako, sur une période de 24 mois (01 Janvier 2022 au 31 Décembre 2023).Les cas étaient représentés par toutes les cas de ruptures utérines diagnostiquées et prise en charge dans le service et les témoins par les deux premières patientes à être admises après le cas. Le logiciel SPSS-26 a été utilisé pour l'analyse statistique.

Résultats

La fréquence des ruptures utérines était de 0, 26% soit une rupture utérine pour 385 accouchements. Dans notre étude 36,4% de nos sujets avaient un âge compris entre 20 et 34 ans chez les cas contre 63,6% chez les témoins (**p = 0,336 ; OR=0,66**).

Les ménagères étaient les plus représentées avec 36,7% des cas contre 63,3% des témoins (**p=0,999 ; OR=1,331**).

Les femmes évacuées représentaient 68,3% chez les cas contre 31,7% (**p=0,001 ; OR=2,517**). 33,6% de nos patientes ayant présenté une rupture utérine étaient

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

mariées contre 66,4% des témoins (**p=0,721 ; OR=0,887**). Les femmes non scolarisées avaient représenté 37,2 % des cas contre 63,8% chez les témoins (**p=0,107 ; OR=1,331**). 26,9% avaient fait moins de 4 CPN chez les cas contre 73,1% des témoins (**p=0,025, OR=0,410**). Les principaux facteurs étiologiques étaient : Les cicatrices utérines (**P=0,0001 ; OR=0,102**), la dystocie mécanique, utilisation abusive d'ocytocine(**P=0,0001**).

Le poids à la naissance du nouveau-né > à 4000g était associé à la survenue de la rupture utérine. 26% des ruptures utérines étaient compliquées de lésions vasculaires. La morbidité maternelle était dominée par l'anémie (36%), les complications infectieuses (4%). Le taux de décès périnatal était de 84% chez les cas contre 16% chez les témoins.

23,6 % des nouveau-nés avaient un score d'Apgar > 8 à la 5^{ième} minute chez les cas contre 76,4% des témoins.

La prise en charge précoce a permis de réduire considérablement la mortalité et la morbidité materno-fœtale liées à cette complication de l'accouchement

Mots clés : Rupture utérine, facteurs étiologiques, pronostic.

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

• **Fiche d'enquête**

Rupture utérine

Fiche n° :

I-IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Date et heure d'entrée: /...../...../...../ àh.....

Prénom et nom :

Age : /.../

1. \leq 19 ans 2. 20 à 34 ans 3. \geq 35 ans

Ethnie : /...../

1. Peulh 2. Bambara 3. Sarakolé 4. Senoufo
5. Minianka 6. Dogon 7. sonrhai 8. Boa 9. Malinke
10. Autre :

Résidence : 1. Commune V 2. Hors commune V

Statut matrimonial : /...../

1. Mariée 2. Célibataire 3. Divorcée 4. Veuve

Notion d'instruction : 1. Oui 2. Non

Niveau d'instruction : /...../

1. Non instruite 2. Primaire 3. Secondaire
4. supérieur 5. Autres à préciser :

Profession : /.../

1. Ménagère 2. Élève ou Étudiante 3. Commerçante
4. Enseignante 5 agent de santé 6. Aide-ménagère
5. autres à préciser :

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

Profession du conjoint

1. Cultivateur 2. Pêcheur 3. Commerçant 4. Autre

II- ADMISSION

Mode d'admission :

1. Venue d'elle-même : 1. Oui 2. Non
2. Evacuée : 1. Oui 2. Non

Moyen de transport : 1. Ambulance 2. Transport en commun 3. Voiture personnelle

4. Autres à préciser :

Provenance : 1. structure de santé : 1. oui (à préciser)
2. non 2. Domicile : 1.oui 2.non

Date et Heure d'admission au centre ayant transféré (si évacuée):
.....

Date et Heure de prise de décision du transfert :

Date et heure d'arriver au CsRef CV.....

Motif d'admission :

Partographe avant l'admission au CsRef CV : 1. Oui 2.
Non

III- GROSSESSE ACTUELLE :

DDR : /... /... /... /

Echographie précoce (date et âge gestationnel) :

Age gestationnel : 1. 28 SA – 33 SA + 6 j 2. 34 SA – 36 SA + 6 j 3.
37 SA – 42 SA

DPA : /... /... /... /

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

CPN : 1. 0 2. 1-4 3. > 4

Lieu : 1. Cskom 2. Csref 3. Hôpital 4. Structure privée

Qualification de l'auteur :

Bilan prénatal obligatoire : 1. complet 2. Incomplet

Groupage Rhésus : 1. fait 2. Non fait

Taux d'hémoglobine (date) :

Syphilis (TPHA, VDRL) :

Albuminurie :

Glucosurie :

Echographie obstétricale du 3^e trimestre (date et âge gestationnel) :

.....

Autres :

Prophylaxie :

1. Antitétanique : 1. Oui : (1. A jour 2. Non à jour) 2. Non

2. Anti-palustre : 1. Oui 2. Non

3. Antianémique : 1. Oui 2. Non

4. Antiparasitaire : 1. Oui 2. Non

Pathologies au cours de grossesse :

.....

Traitement reçu pour la circonstance : 1. Oui (préciser)

.....

..... 2. Non

Notion d'hospitalisation au cours de cette grossesse : 1. Oui 2. Non

IV ANTECEDENTS :

Médicaux : 1. Diabète 2. HTA 3. Drépanocytose 4. Autre
(.....) 5. Aucun

Chirurgicaux :

1. Césarienne 1. Oui 2. Non

2. Myomectomie : 1. Oui 2. Non

3. Cure de fistule vésico-vaginale : 1. Oui 2. Non.

4. Plastie utérine : 1. Oui 2. Non

5. Salpingectomie total avec résection cunéiforme de la corne utérine : 1. Oui
2. Non

6. Aucun à préciser.....

Obstétricaux :

Gestité : 1. Primigeste 2. Pauci geste (2-3) 3. Multigeste (≥ 4)

Parité : 1. Primipare 2. Pauci pare (2-3) 3. Multipare (≥ 4)

Nombre d'enfant vivant :

Nombre d'enfant décédé :

Nombre d'avortement : 1. Spontané 2. Provoqué

Intervalle inter génésique :

Date de la dernière intervention (indication) :

Nombre de césarienne :

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

V- TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT :

Mode d'entrée en travail : 1. Spontané 2. Déclanchement

Si déclanchement préciser : 1. Misoclear (dose total :) 2. ocytocine (dose total :) 3. Moyenne mécanique

Début : date : /...../...../...../ heure :

Déclanchement surveillé (support) : 1. Oui 2. Non

Déroulement du travail :

1. À domicile 2. Au CSCOM 3. CSRef CV 4. Autre :
.....

Durée du travail :

VI- CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE

- 1- Rupture utérine sur utérus sain en travail : 1.oui 2. Non
- 2- Rupture utérine sur utérus cicatriciel en travail : 1.oui 2. Non
- 3- Rupture utérine suite à une manœuvre telle que : 1. expression abdominale 2. Forceps/ventouse 3. Version par manœuvre interne 4. Version par manœuvre externe 5. Extraction de la tête dernière 6. Reduction d'une dystocie de l'épaule
- 4- Utilisation abusive des ocytociques 1. Oui 2. Non

VII-CIRCONSTANCE DE DIAGNOSTIQUE

- 1-tableau franc de rupture utérine 1. Oui 2. Non
- 2-rupture utérine découverte au cours d'une révision utérine : 1. Oui 2. Non

VIII-EXAMEN GENERAL :

1. Etat général : 1. Bon 2. Mauvais
2. Conjonctives : 1. Colorées 2. Pales
3. Taille(cm) :
4. Poids(kg) :

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

5. Indice de masse corporelle (kg/m^2) : 1. <18,5 2.18,5-24,9 3.25-29,9
4.30-34,9 5.35-40 6. >40
6. Choc hémorragique : 1. Oui 2. Non
7. Sensation de couler de liquide chaud dans le ventre : 1. Oui 2. Non
8. Ictère :
9. Œdème :
- 10.Varice :
- 11.Albuminurie :
- 12.Glucosurie :

IX-Examen Obstétrical :

- Voie veineuse sure et efficace : 1. Oui 2. Non
- Présence d'ancienne cicatrice sur l'abdomen : 1. Oui 2. Non
- Hauteur utérine (si rupture utérine impossible a mesuré) :
- Nombre de CU / 10mn (si rupture utérine disparition des CU) :
- BDCF : 1. Absent 2 présent
- Palpation du fœtus sous la peau : 1. Oui 2. Non
- Métrorragie : 1 Oui 2 Non
- Dilatation du col utérin :
- Variété de présentation : 1. Sommet 2. Front 3. Bregma 4. Face
5. Siège 6. Transverse
- Hauteur de la présentation : 1. Non engagée 2. Engagée 3. Non perçue
- Bassin : 1. normal 2. Limite 3. Rétréci.

IX-EXAMENS PARA CLINIQUE

- Groupage Rhésus (faire en urgence) : 1.oui 2.non
- Taux d'hémoglobine (faire en urgence) : 1.oui 2.non

X- MODE D'ACCOUCHEMENT :

1. Accouchement voie basse : 1. Oui 2. Non
2. Laparotomie : 1. Oui 2. Non.

XI- DIAGNOSTIQUE

Rupture utérine : 1. Oui 2. Non

XI- LESION :

Nature de rupture : 1. complète 2. Sous séreuse

Siège : 1. Segmentaire 2. Corporéale 3. segmento-corporéale

Longueur de la brèche (en cm)

Lésions associées : 1. Oui 2. Non

Atteinte des pédicules vasculaire : 1. Oui 2. Non

Atteinte vésicale : 1. Oui 2. Non

Atteinte urétérale : 1. Oui 2. Non

Atteinte digestive : 1. Oui 2. Non

XII- METHODE DE TRAITEMENT :

1. Hystérorraphie sans ligature tubaire : 1. Oui 2. Non

2. Hystérorraphie avec ligature tubaire : 1. Oui 2. Non

3. Hystérectomie subtotale avec ou sans concertation des annexes : 1. Oui
2. Non

4. Hystérectomie avec ou sans concertation des annexes : 1. Oui 2. Non

5. Antibiotiques : 1. Oui 2. Non

6. Transfusion Quantité prescrite :

Quantité reçue :

7. Durée de l'intervention

.....

XIII- EVOLUTION :

Suites simples : 1. Oui 2. Non

Complications : 1. Oui 2. Non

1. Infectieuse : 1. Oui 2. Non

2. hémorragique : 1. Oui 2. Non

3. Péritonite : 1. Oui 2. Non

4. Septicémie : 1. Oui 2. Non

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

5. Anémie : 1. Oui 2. Non

6. Digestive : 1. Oui 2. Non

7. Urinaire : 1. Oui 2. Non

7. Décès : 1. Oui 2. Non

Préciser la cause :

Délai à laquelle est survenu le décès :

Durée d'hospitalisation (en jour) :

Nouveau-né :

Vivant.....

Mort-né : 1. frais 2. Macéré

Poids (en gramme) :

Taille (en cm) :

Périmètre crânien (en cm)

Malformation : 1. Oui 2. Non

Apgar : 1' : 1. 0 2. 1-3 3. 4-7 4. 8-10

5' : 1. 0 2. 1-3 3. 4-7 4. 8-10

Rupture utérine pendant le travail au centre de sante de référence de commune V de Bamako

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 !