

La rupture utérine au centre de santé de référence de Bougouni



**Ministère des Enseignements
Secondaire Supérieur et de la
Recherche Scientifique**

U.S.T.T-B



REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2013 - 2014

N°...../

THESE

**LA RUPTURE UTÉRINE AU CENTRE
DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE
BOUGOUNI= ASPECTS CLINIQUES,
THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIC.**

Présentée et soutenue publiquement le 2014

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par: Mme KADIATOU FANE

**Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

JURY

Président: Pr Salif DIAKITE

Membre: Dr Moustapha TOURE

Co-directeur: Dr Cheickna SYLLA

Directeur de thèse: Pr Youssouf TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicaces

Je dédie ce travail :

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

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

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

A mon père Bah FANE :

C'est grâce à vous que j'ai compris qu'une bonne éducation est la meilleure chose qu'un parent doit à son enfant

Vous avez consacré le meilleur de vous-même à notre éducation pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

Je ne saurai vous remercier assez.

A ma mère Mme FANE Fatoumata COULIBALY :

Les mots me manquent pour vous qualifier. Vos sages conseils et vos bénédictions nous accompagnent toujours dans la vie.

Grâce à DIEU et à toutes vos bénédictions, voilà enfin que je suis devenue ce que vous avez toujours voulu que je sois.

Merci pour tous les sacrifices consentis à notre éducation.

Puisse Dieu vous garder longtemps auprès de nous.

A mes grands parents :

Feu Bandjougou FANE ; Namon COUMARÉ ; Madou COULIBALY ; Feue Assitan COUMARÉ ; Sitan DIAKITE ; Natènin COUMARÉ

Vos bénédictions et vos soutiens m'ont permis d'atteindre mes objectifs et franchir les échelons de la vie.

-Mes frères et sœurs :

Vous faites la joie de la famille. C'est une fierté de vous avoir comme frères et sœurs. Le lien de sang est sacré et il ne sera que ce que nous en ferons, restons unis et soyons à la hauteur de nos parents. Surtout n'oublions pas que la réussite est au bout de l'effort.

A mon fiancé Chaka BAGAYOKO:

Merci pour tout, surtout pendant les moments les plus difficiles de ce travail.

REMERCIEMENTS

A l'Afrique toute entière

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

A ma patrie le Mali

Tu m'as vue naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation. Tu m'as donné un savoir incommensurable. Profonde gratitude à toi mon cher Mali.

Aux familles : FANE de Bana et Bamako, COULIBALY de Bougouni et Bamako.

A mes oncles et tantes : Brokoro FANE ; Lassina FANE ; Sassi FANE ; Bourahima COULIBALY ; Adama COULIBALY ; Karim COULIBALY ; Issa Aziz DOUMBIA ; Yoro SIDIBE ; Rokia COULIBALI ; Rokia DIARRA ; Aminata DOUMBIA ; Awa COULIBALY.

Vous m'avez toujours témoigné votre affection. Votre chaleur ne m'a pas du tout manqué. Ce travail est le vôtre.

A mes frères et sœurs : Aminata ; Aichata ; Mariam ; Mouhamadou ; Abdrahamane Bandjougou ; Mariam Issa et Awa

Votre soutien ne m'a jamais fait défaut. Que nos liens fraternels se resserrent davantage. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mes cousins et cousines, neveux et nièces :

Votre respect et votre admiration pour moi m'ont toujours exhortée à plus de persévérance ; je vous souhaite plein succès dans la vie.

A mes amis (es) d'enfance, A la 5ème promotion du clausus numerus, A mes autres amis (es) de l'Université, vous avez été plus que des amis pour moi. Je ne regrette pas de vous avoir côtoyés car en votre compagnie j'ai connu l'amour, la tendresse, l'affection. Votre sens de l'humour, votre gentillesse en bref vos qualités humaines font de vous des amis exceptionnels. Que Dieu renforce davantage nos liens d'amitié et vous récompense pour tout ce que vous avez pu faire pour moi. Acceptez ici ce travail comme symbole de notre amitié.

A la FMPOS :

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

Au comité d'éthique de la FMPOS, au corps professoral

A mes aînés de la faculté :

Dr Sambou MANGANE : Votre soutien a été d'un apport inestimable à la réalisation de ce travail. Qu'ALLAH guide vos pas sur le droit chemin.

Dr A S NIAMBELE; Dr Fatoumata MAIGA ; Dr Lassina TOGOLA; Dr Alice TOGOLA ; Dr Zoumana DIARRA ; Dr Kabiné CAMARA;

A mon groupe d'exercice FMPOS (Safiatou TRAORE ; Niamoye DIARRA)

Au personnel de la clinique Notre Santé: Dr Cheick DAGNOKO, Dr Madoussou TOURE ; Dr A S NIAMBELE;

Aux étudiants nationaux et non nationaux à la FMPOS particulièrement ceux de la 5ème promotion du « numerus clausus » de la filière médecine. Je n'oublie pas ceux de la filière « Pharmacie ».

A tous mes encadreurs du CHU du Point G, du CHU Gabriel Touré, du CSRéf CV.

Aux sages femmes du service de gynécologie et d'obstétrique du CSRéf de Bougouni.

Aux infirmières et infirmiers du CSRéf de Bougouni

Aux Docteurs : Brahima BAMBA, Cheickna SYLLA.

La rigueur scientifique et les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

Merci pour la qualité de l'enseignement et la disponibilité constante dont vous avez fait montre tout au long de l'élaboration de cette thèse.

Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs et la réussite de toutes vos entreprises.

Au le personnel du CSRéf de Bougouni plus particulièrement Dr A COULIBALILY, Dr KEMENANI, Dr A TRAORE, Dr BERTHE, M TRAORE (orl).

A mes amis et collaborateurs : Safiatou TRAORE ; Niamoye DIARRA Hamidou SACKO ; Diafing TOGOLA Adama et Awa Fily SISSOKo

A tous les faisant fonction d'interne du CSRéf de Bougouni : Lamine MARIKO ; Salif GUINDO ; Sidi DIABATE.

Aux externes du CSRéf de Bougouni : Batène KANTE ; Kalifa DIALLO ; Seydou COULIBALY ; Salim KONE ; Karamoko KANE ; Abou BENGALY ; Youssouf DIAWARA ;

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

Merci.

HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY

Homages aux membres du Jury :

A notre maître et président du Jury,

**Professeur Salif DIAKITE, Professeur titulaire honoraire de
Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie de Bamako.**

Cher maître

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

En vous remerciant très sincèrement, permettez nous de souligner vos qualités humaines, de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre modestie, votre combat de tous les jours dans la lutte contre la mortalité maternelle et fœtale et surtout votre dynamisme qui font de vous un maître admiré et respecté.

A notre Maître et juge

Dr Moustapha TOURE

Chef de service de Gynéco-Obstétrique de l'Hôpital du Mali

Chevalier de l'ordre national

**Vice président de l'Union Professionnelle Internationale des
Gynéco-Obstétriciens (UPIGO)**

Cher maître

En acceptant de nous compter parmi vos élèves vous nous faites un grand honneur.

Auprès de vous nous avons appris la loyauté, le travail bien fait, l'amour du prochain, le sens de la responsabilité et surtout la modestie.

Cher maître, sachez que même l'usure du temps ne pourra effacer vos souvenirs dans nos pensées.

Trouvez ici le manifeste de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

Que Dieu réalise vos vœux !

A notre maître et Directeur de thèse:

Professeur Youssouf Traoré

Maître de conférences agrégé en Gynéco Obstétrique

**Praticien hospitalier dans le service de Gynécologie Obstétrique du
CHU Gabriel Touré.**

Secrétaire général de la SOMAGO.

Cher maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme directeur de Thèse.

Vous n'avez cessé de nous fasciner par votre simplicité, la qualité de votre enseignement et l'ampleur de votre expérience.

Nous avons très tôt compris et apprécié votre dévouement pour la formation des médecins.

Nous vous prions cher maitre d'accepter nos sincères remerciements.

A notre maître et Co-directeur

Docteur Cheickna Sylla

Médecin Gynécologue.

Chef de service de gynéco-obstétrique du CS Réf de Bougouni

Cher maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service.

A vos côtés nous avons appris à aimer la Gynécologie obstétrique.

Votre disponibilité, votre modestie, votre souci constant de nous transmettre vos connaissances sans limite sont toujours d'actualité, votre sens du travail bien fait font de vous un maître admirable.

Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un bon exemple à suivre.

Vous avez été pour nous plus qu'un maître mais un frère.

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions cher maître, de croire en cet instant solennel à l'expression de nos sentiments les plus sincères.

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION.....	
II-OBJECTIFS.....	
III-GENERALITES.....	
IV-METHODOLOGIE.....	
V-RESULTATS.....	
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	
VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	
VIII-BIBLIOGRAPHIE.....	
IX- ANNEXES.....	

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
USA	United States of America
ml	Millilitre
L	Litre
Gr	Gramme
Cm	Centimètre
PRP	Promoto retro pubien
%	Pourcentage
UI	Unité internationale
BGR	Bassin généralement rétréci
PGE	Prostaglandine
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CS Réf	Centre de Santé de Référence
CPN	Consultation Périnatale
PTME/VIH	Prévention de la transmission mère enfant du virus d'immunodéficience humaine
PF	Planning familial
ATCD	Antécédent
Km	Kilomètre
IFM	Institut de formation des maitres
HU	Hauteur utérine
CUD	Contraction utérine douloureuse
SFA	Souffrance foétale aigue
Synd	Syndrome

RU	Rupture utérine
CV	Commune V (cinq)
BDCF	Bruit du cœur fœtal
P	Probabilité
CCSC Comportement	Communication pour le Changement Social de
NA	Non adapté

I INTRODUCTION

Introduction :

La rupture utérine est un accident obstétrical grâve, caractérisé par la présence d'une solution de continuité non chirurgicale partielle ou complète sur un utérus gravide [1]. Il s'agit d'une urgence chirurgicale majeure mettant en jeu à court terme le pronostic maternel et surtout fœtal. L'incidence varie selon les pays avec un taux particulièrement élevé dans les pays en voie de développement [2].

Aujourd'hui, la rupture utérine est exceptionnelle dans les pays développés : en France il est rapporté 3,8 ruptures utérines pour 1000 (0,038%) des accouchements [4], aux USA, l'incidence de la rupture utérine est de 0,07% [5], preuve que cette pathologie n'est pas une fatalité.

Dans une étude réalisée à Bouaké de 1996 à 2001 dont le but était de comparer les caractéristiques et le pronostic materno-fœtal, la fréquence de la rupture utérine a été de 2,44% chez les femmes du périmètre de sécurité sanitaire contre 83,34% en dehors du périmètre avec une létalité respective de 8,97% et 11,26% et une mortalité fœtale de 100% pour les femmes hors du périmètre [6].

Quant au Mali, au CHU Gabriel Touré, une étude effectuée en deux ans sur les accouchements dans un contexte d'utérus cicatriciel, trouve 0,7% de rupture utérine [9].

À l'hôpital de Sikasso, en 2000, une étude effectuée sur 16mois, a trouvé 126cas de RU avec une fréquence de 0,89% dont les causes les plus fréquentes ont été la désunion de cicatrice de césariennes et la dystocie mécanique [7].

Dans le cercle de Kadiolo, plus précisément au CSREF, une étude de 5ans trouve 1,3% de rupture utérine avec 62,5% de rupture segmentaire, un taux de décès maternel de 10,7% et 92,9% de décès fœtal en 2009[8].

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

Malgré les orientations politiques du Mali en matière de santé de la reproduction ces dernières années, notamment l'organisation de la référence/évacuation, la gratuité de la césarienne, ce drame demeure une réalité dans certaines localités en particulier les zones les plus éloignées du centre.

Pour mieux étudier ce problème dans le cercle de BOUGOUNI où aucune étude n'a porté sur la rupture utérine, nous avons initié ce travail au CS Réf qui est le niveau sanitaire le plus élevé dans le cercle en se fixant comme objectifs :

II

OBJECTIFS

Objectifs :

Objectif général :

Etudier la rupture utérine dans le centre de santé de référence de Bougouni

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des ruptures utérines ;
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des parturientes ;
- Décrire les aspects cliniques des ruptures utérines ;
- Décrire les aspects thérapeutiques ;
- Déterminer le pronostic materno-foetal.

III GENERALITÉS

GENERALITES:

A Définition : La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale partielle ou complète sur un utérus gravide [3]. Cette définition exclue les déchirures du col et les perforations utérines consécutives à une manœuvre abortive ou à un curetage.

B Rappel anatomique de l'utérus gravide :

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

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

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

- le péritoine viscéral est hypertrophié,
- la vascularisation, tant artérielle que veineuse, subit une inflation considérable, (schéma1).
- Le segment inférieur se constitue au dernier trimestre, une couche superficielle très mince aux fibres longitudinales.

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

La musculature du segment inférieur est constituée de trois couches:

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

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

Ses artères sont des branches cervico vaginales peu nombreuses sinueuses de direction transversale: les points simples sont préférés aux points X qui sont ischémisants[10].

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

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

☒ **Capacité :**

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

☒ **Poids :**

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

☒ **Épaisseur des parois :**

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

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

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

☒ **Consistance :**

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

☒ Situation :

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

Son fond déborde légèrement le bord supérieur du pubis dès la fin du deuxième mois. Secondairement, son développement se fait dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

☒ Direction :

En début de grossesse, l'utérus garde son antéversion qui d'ailleurs peut être accentuée. En suite, il s'élève dans l'abdomen derrière la paroi abdominale antérieure.

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

☒ Rapport :

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

A terme, l'utérus est abdominal.

► En avant : sa face antérieure répond à la paroi abdominale. Il n'y a pas d'interposition d'épiploon, d'anses grêles chez la parturiente en dehors d'opération ayant porté sur la cavité abdominale. Elle rentre en rapport dans sa partie inférieure avec la vessie lorsque celle-ci est pleine.

► En arrière : L'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale, la veine cave inférieure et l'aorte. Sur les flancs, les muscles psoas croisés par les uretères une partie d'anses grêles.

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

2-Le bassin osseux:

2-1 Le détroit supérieur:

Ses limites sont formées par:

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

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

2-2 La cavité pelvienne limitée:

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

2-3 Le détroit inférieur: limité en avant par le bord inférieur du pubis; le coccyx en arrière et latéralement par le bord inférieur de l'ischion et du ligament sacro-iliaque.

● Le diaphragme pelvi-génital: c'est un ensemble musculo aponévrotique qui ferme en bas la cavité pelvienne. Le périnée se divise en périnée antérieur et postérieur. Il est constitué par le muscle releveur de l'anus qui le ferme en bas ne livrant passage qu'aux organes vésico-génito-rectaux sur

la ligne médiane (en profondeur); superficiellement par les muscles superficiels du périnée.

C Physiologie de l'utérus gravide :

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

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

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

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

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

L'activité utérine a un double but : la 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 les contractions utérines et du tonus permanent de l'utérus.

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

Phase concomitante :

Elle se caractérise par le décollement du pôle inférieur de l'œuf et la formation de la poche des eaux.

Phase de réalisation

C'est celle de la dilatation proprement dite.

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

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

2- L'accommodation :

Elle comprend :

- **l'engagement** : c'est le franchissement par la présentation de l'aire du détroit supérieur ;
- **la rotation et la descente intra- pelvienne** : il s'agit de la traversée du détroit moyen pendant laquelle, le fœtus subit une rotation.
- **le dégagement** : les contractions des muscles abdominaux et le réflexe de poussée sont indispensables pour que l'expulsion de l'œuf ait lieu. Ils sont associés aux contractions utérines, qui constituent la force motrice de l'utérus gravide et assurent l'hémostase après délivrance.

D Mécanisme des ruptures utérines :

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 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 ressert, puis lorsque la pression devient trop forte, apparaît la rupture.

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

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

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

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

2-3 Cas particuliers :

2-3- 1 Ruptures corporéales:

Le mécanisme relève d'une faiblesse musculaire, conséquence d'une cicatrice opératoire (myomectomie avec ou sans ouverture de la cavité, césarienne et/ou accidentelle). C'est la distension de ce point faible, zone amincie et peu élastique dont l'expansion est souvent limitée (en plus des adhérences péritonéales), qui aboutit à l'apparition de la solution de continuité. La désunion peut se faire vers le début du travail quand les contractions seront de plus en plus rapprochées.

2-3-2 Ruptures utérines compliquées:(associées à la déchirure du col).

Le passage brutal et rapide du mobile fœtal à travers un orifice peu dilaté explique cette association. Suivant la violence du traumatisme, on peut observer:

- des ruptures cervico-segmentaires simples;
- des ruptures cervico-segmento-corporéales.

2-4 Nature des lésion :

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

2-4-1-1 Ruptures utérines segmentaires :

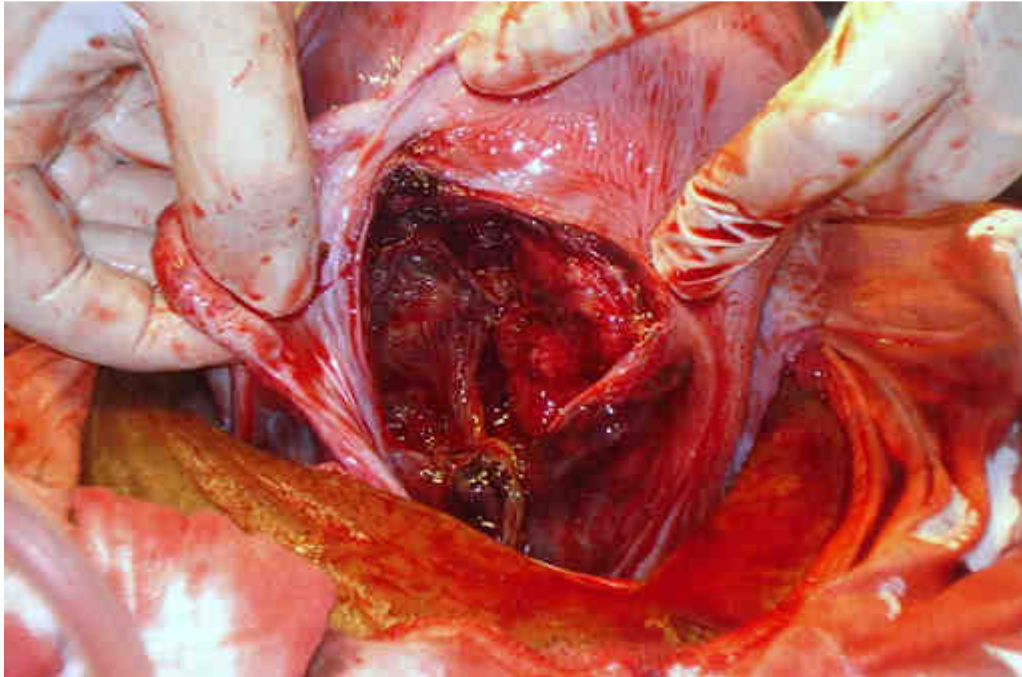


Photo 1: Rupture utérine segmentaire

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

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

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

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

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

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

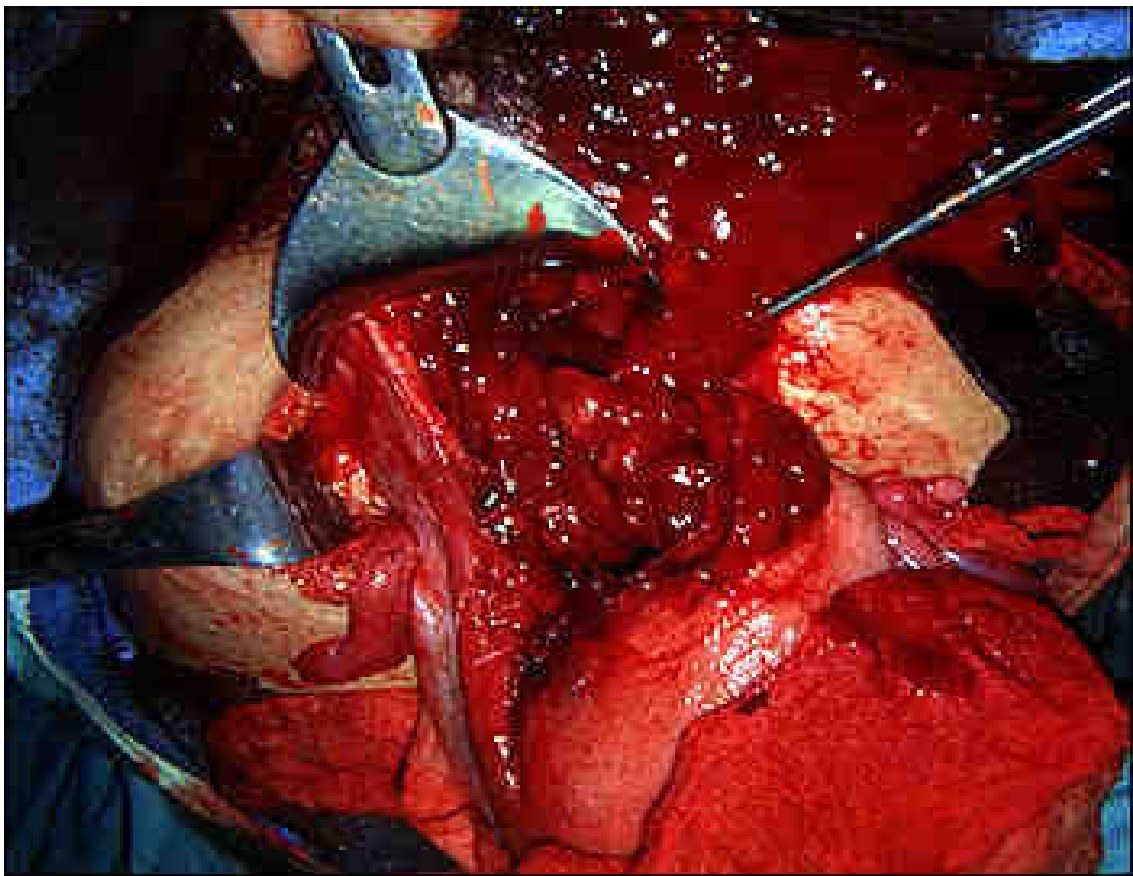


Photo 2 : Rupture utérine corporéale

2-4-1-3 Ruptures segmento-corporéales ou cervico-corporéales :

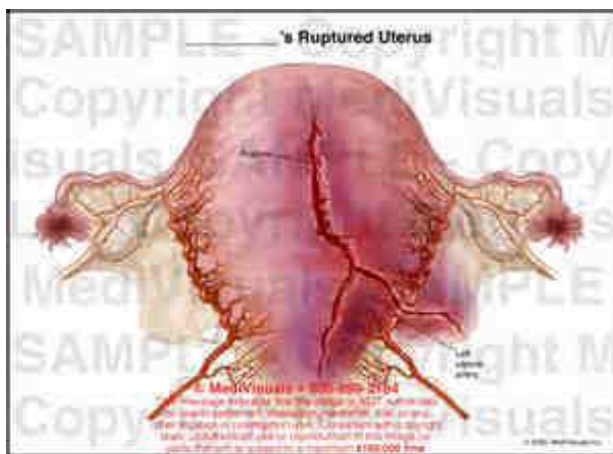


Photo 3 : rupture utérine segmento-corporéale

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 :

- 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.

2-4-4-3. Ruptures utérines compliquées :

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

- Des lésions intestinales : Elles sont dues le plus souvent à une compression ou à l'existence d'adhérences entéro-utérines.
- Des lésions vaginales : Le dôme vaginal est ici le plus souvent déchiré.
- Des lésions vésicales ou urétérales : C'est le cas le plus fréquent. Elles sont dues à la compression de la vessie et de l'uretère par la présentation.

Les fistules recto-vaginales sont exceptionnelles.

Les uretères sont atteints dans leur trajet pelvien.

Les vaisseaux peuvent être atteints entraînant un hémopéritoine très important.

2-4-5 L'aspect des bords lésionnels :

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

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

Les lésions peuvent avoir des bords :

- ✓ Frais : c'est le cas des désunions le plus souvent ou des ruptures assez récentes.
- ✓ Nécrosés ou délabrés et friables.

2-4-6 Le contenu utérin :

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

E- Rappel physiopathologique :

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

1- Retentissement fœtal :

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

En pré partum :

La rupture utérine entrave très sérieusement les échanges materno fœtaux.

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

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

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

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

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

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

En post-partum :

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

Plusieurs variantes sont possibles :

- le fœtus est vivant. Il n'a pas souffert ;
- le fœtus est déjà mort in utero. Cette variante est la conséquence d'une rétention par un travail prolongé ;

Le fœtus peut enfin souffrir d'un travail trop long ou de l'application de manœuvres extractives mal effectuées.

2- Retentissement maternel : deux éléments le déterminent.

Le choc : il est dû, entretenu et aggravé par l'hémorragie.

L'hémopéritoine a trois origines :

Les berges utérines lésées ;

La désinsertion du placenta ;

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

L'infection : elle est citée par plusieurs auteurs.

Deux faits importants sont à retenir :

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

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

F Diagnostic :

1 -Diagnostic clinique :

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

Nous décrirons schématiquement deux tableaux cliniques :

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

1-1. Les ruptures utérines précoces :

Les tableaux cliniques sont assez variés.

1-1-1 Rupture des utérus malformés ou cicatriciels :

➤ Rupture utérine sur utérus cicatriciel :

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

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

L'examen doit être complet et mené avec minutie.

➤ Rupture de la corne utérine rudimentaire :

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

On retrouve la notion d'aménorrhée gravidique 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 gravidique.

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 rétro-péritonéal et la brèche au niveau du segment inférieur.

- au cours d'un avortement survient une hémorragie importante. La révision utérine permet de retrouver la rupture. Parfois, celle-ci passe inaperçue. L'hémorragie persiste ou récidive à distance. La laparotomie, alors envisagée, découvre une rupture au niveau du segment inférieur.

➤ **Rupture cervico-isthmique** : (à développement tardif).

Le cas clinique rapporté concerne une troisième parée ayant subi une césarienne lors de sa première grossesse, puis accouché par voie basse lors de la deuxième naissance. Lors de cette grossesse la patiente a été hospitalisée pour métrorragies de moyenne abondance à la fin du premier trimestre.

1-2. Les ruptures utérines tardives :

1-2-1- Ruptures spontanées :

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

On dénote trois temps :

✓ Premier temps : (prodromes)

L'accident ne saurait se produire avant l'ouverture de l'œuf. En effet l'accident va de paire avec la rétraction utérine dont la condition est la rupture des membranes.

Il apparaît alors les signes de rétractions utérines. La dystocie utérine s'aggrave.

L'accouchement traîne en longueur.

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

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

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

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

✓ Deuxième temps :

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

La palpation note souvent un maximum sous-pubien de la douleur provoquée, surtout il y a une ampliation et un amincissement extrême du segment inférieur qui s'individualise du corps utérin par un sillon donnant à l'ensemble de l'utérus une forme de SABLIER.

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

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

✓ **Troisième temps :**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

➤ **Formes cliniques :**

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

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

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

- La symptomatologie peut être encore moins significative.

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

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

Parfois, l'enfant naît mort ou de façon inattendue en état de grande détresse. Ou encore une petite hémorragie se produit et se prolonge ; 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 REVISION UTERINE est, ici, INDISPENSABLE.

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

- ✓ **Formes compliquées** : Les complications peuvent modifier la symptomatologie.

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

Les lésions vésicales peuvent être une simple blessure ou au contraire, un éclatement de l'organe. La sonde ramène alors du sang pur. On peut

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

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

✓ **Rupture utérine et placenta accreta** : La patiente présente un long passé de douleurs abdominales ayant évolué par poussées, au cours de presque toute la grossesse. C'est une de ces crises qui va aboutir à la rupture, le plus souvent avant le début du travail. On peut retrouver une métrorragie.

La palpation retrouve une contracture utérine ; le diagnostic sera celui du décollement prématuré du placenta normalement inséré. Il ne faut pas hésiter à faire une laparotomie.

✓ **Formes atypiques** : il s'agit de formes :

- Occluse,
- Pseudo-appendiculaire,
- Pseudo-pyélitique.
-

1-2-2 -Ruptures utérines provoquées :

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

➤ **Après des manœuvres instrumentales ou manuelles** : Destinées à extraire le fœtus, donc pratiquées sous anesthésie ; celles-ci vont masquer les deux premiers temps de pré rupture et de rupture, la femme endormit ne pouvant pas traduire de symptômes douloureux.

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

Trois faits doivent alors attirer l'attention :

- ✓ Pénible au début, la manœuvre devient soudain d'une extrême facilité.
- ✓ Le décollement du placenta ne se fait pas.
- ✓ Surtout, il y a par la vulve, un écoulement important de sang.

Dans tous les cas, il est essentiel, chaque fois qu'on fait une intervention chirurgicale difficile, de pratiquer une révision utérine. Cette vérification nécessaire permet seule de découvrir et d'apprécier une déchirure du segment inférieur.

L'examen doit être complété dans les déchirures à point de départ cervical, par l'inspection sous valve. L'angle supérieur de la brèche, en cas de déchirure segmentaire, dépasse l'insertion vaginale.

➤ **Après une perfusion d'ocytocique. [10]**

2- Diagnostic positif

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

- **Diagnostic facile**

- Après une révision,

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

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

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

- **Au contraire, le diagnostic devient problématique** : en cas

- d'anesthésie, de désunion silencieuse et progressive,

- de déchirure du col propagée au segment inférieur ou de rupture complète ou extra muqueuse. [3]

3- Diagnostic différentiel

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

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

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

-le décollement prématuré du placenta normalement inséré :

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

-le placenta prævia :

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

-Par ailleurs on pourra discuter :

- Une appendicite,

-une pyélite,

-un iléus paralytique. [1, 3, 10]

4- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

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

4-1. RUPTURES PENDANT LA GROSSESSE :

Elles se divisent en deux grands groupes :

.rupture utérine provoquée

.rupture utérine spontanée

- **Ruptures utérines provoquées :** Elles sont très rares et ne se rencontrent que si la grossesse est avancée. Lorsque l'utérus est encore peu développé, il est à l'abri, derrière la symphyse pubienne. Au voisinage du terme, au contraire, il est offert à tous les traumatismes par :

Une arme blanche

Une arme à feu,

Une corne de bovidé.

Il s'agit d'une contusion de l'abdomen, par écrasement par exemple, accident de la voie publique. En augmentant la fréquence. La blessure utérine est loin d'être toujours isolée [18].

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

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

○ **Les Ruptures utérines spontanées**

Les ruptures utérines spontanées sont de véritables ruptures obstétricales.

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

Les cicatrices de césariennes

Elles peuvent être segmento-corporéales, mais surtout corporéales. Les ruptures de cicatrice entraînent une déchirure de toute l'épaisseur de la paroi utérine, les deux berges de la cicatrice se séparant complètement [17].

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

Ainsi se rompent les cicatrices de césariennes corporéales antérieures.

Les utérus cicatriciels après intervention chirurgicale non obstétricale.

- la myomectomie avec ou sans ouverture de la cavité : le risque de rupture lié à cette technique conservatrice est minime,

- la salpingectomie avec excision de la portion interstitielle est citée comme responsable de rupture utérine au cours de la grossesse.

- L'hystéro plastie et l'hystéro scopie interviennent rarement dans la genèse de cette pathologie.

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

L'association rupture malformation utérine. [11].

2- Ruptures utérines pendant le travail

Elle se divise en ruptures spontanées et en ruptures provoquées.

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

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

2-1- Ruptures spontanées :

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

2-1.1- causes maternelles

2-1.1.1. La multiparité

Les ruptures utérines se voient presque exclusivement chez la multipare.

Plusieurs auteurs reconnaissent le rôle de la parité dans la genèse de la rupture utérine, tout au moins comme un facteur favorisant. Ceci s'expliquerait par les modifications structurales des utérus des multipares. Ces modifications portent :

Sur l'innervation et la vascularisation, mais surtout sur la résistance de la paroi utérine.

Un des facteurs prédisposant majeurs de la rupture utérine est la grande multiparité ; celle-ci agit par altération de la paroi utérine qui devient ainsi fragilisée [20]

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

Dystocies osseuses : on les classe en

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

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

Bassins rétrécis symétriques

* Non déplacés

. BGR (bassin généralement rétréci)

. Bassin plat

. Bassin transversalement rétréci

* Non déplacés exceptionnels :

. Bassin ostéomalacique

* déformés et déplacés :

. Bassin cyphotique ou lordotique

bassins rétrécis Asymétriques

* d'origine locomotive

. Boiterie simple

.luxation unilatérale de la

.Paralysie infantile

.coxalgie

D'origine vertébrale

.Scoliose

* D'origine pelvienne

.atrophie pelvienne

. Fracture du bassin

. Tumeur osseuse

Bassins dystociques après traitement orthopédique.

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

2-1.1.4. Tumeurs prævia

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

- Tumeurs bénignes :

.Kystes de l'ovaire : le kyste pelvien au contraire du kyste abdominal reste prævia, élève un obstacle infranchissable à l'accouchement par voies naturelle. Les complications seraient les mêmes que celles de tout obstacle prævia : inertie et infection ou rupture utérine.

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

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

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

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

- **Tumeurs malignes :**

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

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

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

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

Cas particulier de l'association cerclage rupture utérine

PUDEUR et WAGNER, rapportent 1 cas de rupture avec cerclage du col.

Au Mali on signale 1 cas de rupture au cours du travail avec fil de cerclage en place, donc c'est un phénomène méconnu. [19]

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

2-1.2. Causes foëto-ovulaires :

2.1.2.1. Causes foëtales :

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

Elles s'expliquent par :

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

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

Excès de volumes localisés de fœtus

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

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

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

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

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

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

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

Autres excès de volume : on peut citer

.les kystes congénitaux du cou,

.certaines malformations telles que la tumeur sacro coccygienne.

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

Excès de volume total du fœtus.

Les gros fœtus provoquent les ruptures utérines par disproportion foeto-pelvienne. Dans le cas des poids excessifs, le fœtus ne peut pas passer à travers un canal pelvien normal.

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

La disproportion foeto-pelvienne est une cause usuelle et classique de la rupture utérine [20].

Présentation dystocique :

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

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

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

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

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

La présentation du siège : rétention de la tête dernière ;

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

2.1.2.2. Causes ovulaires :

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

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

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

Il peut s'agir de placenta accreta ou percreta. [20]

Les difficultés diagnostiques sont, ici, reconnues par tous.

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

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

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

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

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

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

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

2 .2. Ruptures provoquées :

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

Elles sont dues à l'accoucheur.

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

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

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

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

Ainsi, on peut adapter la posologie aux réponses de l'utérus et maintenir constamment l'action pharmacodynamique dans la limite de la physiologie.

Les ocytociques administrés par perfusion intraveineuse ont, tout de même, leur actif des cas de ruptures utérines.

.Faits importants à retenir :

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

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

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

La perfusion d'ocytocique utilisée seule ou en association avec la prostaglandine est très souvent incriminée [21].

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

Les prostaglandines les plus utilisées sont les PGE2 et le PGF alpha.

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

- Manœuvres obstétricales

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

Les manœuvres obstétricales non instrumentales :

Version par manœuvres internes : elles peuvent être responsables de rupture utérine surtout dans ces deux derniers temps :

- au cours de la mutation du fœtus, quand la tête franchie l'anneau de rétraction. La version devient tout à coup trop aisée ; méfiez-vous, dit-on, des versions trop faciles ;
- moins souvent au cours de l'extraction, lorsqu'elle est faite avant la dilation complète. La rupture segmentaire résulte alors d'une propagation de la déchirure cervicale.

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

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

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

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

Les manœuvres obstétricales instrumentales :

Deux faits sont le plus souvent associés :

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

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

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

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

Les normes modernes d'application du forceps sont :

La présentation du sommet,

La tête fœtale qui est engagée,

Les membranes de l'œuf doivent être rompues,

La dilatation du col et de l'utérus doit être complète,

La protection du peinée par épisiotomie,

Le sondage vésical.

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

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

Elles doivent être exécutées par un spécialiste.

2-3- Causes diverses

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

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

Des complications dramatiques liées à l'utilisation abusive de la cocaïne durant la grossesse ont été rapportée aux USA.

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

Les facteurs étiologiques usuels sont : la multiparité, la cicatrice utérine, la dystocie mécanique, l'usage d'ocytocique et les manœuvres obstétricales [3,12].

G-TRAITEMENT :

Il comprend deux volets

1- Prophylaxie :

Le traitement prophylactique est essentiel.

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

Il faut :

- Bien connaître la dystocie,
- Savoir évaluer un bassin rétréci, reconnaître une tumeur prœvia, une hydrocéphalie, savoir conduire l'épreuve du travail pour l'arrêter opportunément,
- Savoir manier les ocytociques et au besoin s'en passer, user s'il le faut des utéro-relaxants,
- Evaluer les risques de la voie basse dans les utérus cicatriciels.

Il ne faut pas :

- Laisser s'installer la rétraction utérine,

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

2- traitement curatif :

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

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

2-1- Traitement chirurgical :

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

Le geste chirurgical tient compte :

- De l'ancienneté de la rupture et du degré d'infection surajoutée ;
- De l'importance des lésions anatomiques ;
- Des antécédents, surtout d'intervention sur l'utérus (utérus cicatriciel).
- De l'âge, la parité, l'existence d'enfant vivant ou non.

Après cœliotomie, deux opérations sont possibles.

2 .1.1- L'hystérectomie :

Elle est encore aujourd'hui indiquée, lorsque la rupture est importante, compliquée par des lésions de voisinage ; chaque fois qu'elle est contuse, irrégulière, étendue, accompagnée de lésions vasculaires, quand elle date de plus de 6 heures, ou encore si, même moins grave, elle survient chez une multipare relativement âgée [18].

Autant que possible, les ovaires sont conservés.

2.1.2- L'hystérorraphie :

C'est une technique chirurgicale conservatrice qui consiste à suturer l'utérus. Cette opération conservatrice, dont les avantages sont considérables chez une jeune femme, doit être techniquement réalisable quand la section utérine n'est pas trop étendue, non compliquée de lésion voisine. Interviennent aussi dans la décision, l'âge de la femme, le nombre de grossesses antérieures (enfant vivant), son état général, le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire, l'infection potentielle.

2.1.3- La ligature des trompes :

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

La stérilisation tubaire est faite parfois :

Chez les grandes multipares et/ou,

Devant les lésions importantes.

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

2.1.4- Autres gestes :

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

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

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

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

2-2- Traitement de choc :

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

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

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

Le traitement curatif de choc comprend

Le traitement de la cause :

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

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

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

La réanimation :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2-3- Traitement anti-infectieux :

Les antibiotiques seront administrés à fortes doses par voie parentérale à titre préventif pendant plusieurs jours jusqu'à stabilisation de la température à la normale. [13]

2- Pronostic maternel :

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

2-1- Mortalité maternelle :

La femme peut mourir dans les heures qui suivent la rupture d'hémorragie et surtout de choc.

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

2-2- Morbidité maternelle :

Elle est représentée par l'abcès pariétal, la péritonite, L'endométrite, La septicémie, la Fistules vésico-vaginales

A-PRONOSTIC FŒTAL:

L'aspect le plus dramatique de la rupture utérine est son caractère foeticide. Dans les ruptures spontanées, le pronostic fœtal est encore plus mauvais.

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

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

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

- Troubles cérébro-moteurs,
- Retard intellectuel.[14,10,1]

I- Attitude prophylactique :

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

1.1 La prévention des ruptures d'utérus sain

Elle passe par :

- le dépistage de toutes les causes de dystocie, ce qui implique la surveillance correcte de la grossesse et du travail d'accouchement par un personnel médical qualifié capable de faire le pronostic maternel et fœtal de l'accouchement au dernier trimestre ;
- la sensibilisation des femmes sur le bien fait de la consultation prénatale et de l'accouchement à la maternité ;
- des consultations prénatales de meilleure qualité afin de dépister les grossesses à risque et les référer à temps ;
- Le remplissage correct des partogrammes et la référence aux parturientes dès que la zone d'alerte est franchie ;

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

- La promotion du planning familial.

Tous les accoucheurs doivent avoir à l'esprit cette assertion qui dit : « le soleil ne doit jamais se coucher deux fois sur le même travail » [24]

1.2 La prévention des ruptures d'utérus cicatriciel :

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

1.2.1 La césarienne systématique :

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

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

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

1.2.2 L'épreuve utérine :

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

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

1.3 Cas particulier des ruptures provoquées :

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

-Le respect strict des indications et des contre-indications des manœuvres obstétricales.

-Faire une révision utérine systématique après toutes manœuvres obstétricales laborieuses.

-Abandon au profit de la césarienne des manœuvres obstétricales réputées dangereuses. [1]

IV

MÉTHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1 Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de Bougouni.

Historique:

Rappel du système de santé au Mali :

Selon la direction nationale de la sante publique, le système sanitaire au Mali est constitué d'une pyramide à quatre niveaux : I, II, III et IV

Ainsi de la base au sommet, nous avons :

- Premier Niveau (I) : CSCOM (Centre de Sante Communautaire), Dispensaire
- Deuxième Niveau (II) : CSRéf (Centre de Santé de Référence)
- Troisième Niveau (III) : Hôpitaux régionaux
- Quatrième Niveau (IV) : Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)

Etymologiquement Bougouni signifie la petite hutte qui servit de lazaret lors d'une épidémie de variole dont fut victime le patriarche de la famille des peulhs DIAKITE vers le 18^e siècle. Ce dernier du nom de Midia DIAKITE, s'était installé auprès des premiers occupants de ce secteur, les COULIBALYS qu'une émigration avait conduit de SEGOU en ces lieux vers le 18^e siècle.

De très bons rapports se tissèrent entre les deux communautés qui débouchèrent sur le mariage et sur une grande prospérité de la ville. La commune de Bougouni, qui porte le nom de la petite hutte (Bougouni en bambara), est un carrefour entre les localités de SIKASSO, KOLONDIÉBA, YANFOLILA, et BAMAKO la capitale du MALI.

1-1 Présentation du cercle :

1-1-1Aspects géographiques :

Situation géographique :

Situé entre le Bani et le Mono, Bougouni est un véritable carrefour.

La route nationale N°7 traverse la ville et rejoint de part et d'autre Bamako à 160km et Sikasso à 210km. Il est limité :

- Au nord par le cercle de KATI et DIOILA (région de KOULIKORO)
- Au sud par la République de Côte d'Ivoire
- Au sud-est par les cercles de KOLONDIÉBA et de SIKASSO
- A l'ouest par le cercle de YANFOLILA

La ville est située dans un bas-fond et a une superficie de 20028 Km².

Climat et végétation :

Le climat est de type soudanien comprenant une saison sèche et une saison pluvieuse. La savane arboreuse constitue l'essentiel de la végétation. Les essences dominantes sont : le néré, le karité, le cailcedrat, le baobab, le kapokier et le fromager.

Hydrographie :

Le réseau hydrographique est fourni par le BANI, un affluent du fleuve Niger et le mono, un marigot.

1-1-2 Les voies de communication :

Elles sont constituées pour l'essentiel de :

- L'axe Bamako-Bougouni
- L'axe Bougouni-Sikasso-Côte d'Ivoire
- L'axe Bougouni-Yanfolila-Guinée
- L'axe Bougouni-Kolondiéba-Côte d'Ivoire

Les moyens de locomotion, au regard de la population, sont insuffisants mais se sont améliorés ces trois dernières années.

Le service des postes est opérationnel. Après Bamako, Bougouni est le premier cercle du Mali à être doté de téléphone fixe depuis 1984, et la téléphonie mobile en 2004.

1-1-3 Population :

La population générale du cercle est de 435321 habitants en 2010 selon le recensement administratif de 1998 actualisé, soit une densité de 18 habitants/km², légèrement supérieure à celle du niveau nationale qui est d'environ 10 habitants/km².

De plus en plus, le cercle attire de nombreux immigrants venant des différentes régions du Mali et des pays voisins à cause des exploitations d'or.

L'émigration se fait aussi sentir ces dernières années avec un retour massif des originaires du cercle ou d'autres localités au pays à cause des évènements de la Côte d'Ivoire.

1-1-4 Religion :

Trois religions dominent le cercle : l'islam, le christianisme et l'animisme.

1-1-5 Economie et finance :

Le cercle de Bougouni a une économie rurale particulièrement agropastorale. Des ONG telles que Save the CHILDREN, l'HELVETAS, l'AID-Mali opèrent dans la zone, dans des secteurs clés comme la santé, l'éducation, la décentralisation, la foresterie, l'hydraulique villageoise.

1-1-6 Industrie et commerce :

Le géant du coton au Mali, la compagnie Malienne du développement textile (CMDT) y possède deux unités importantes. L'usine de traitement de noix de karité de Zantiébougou et celle de la mine d'or de Morila ont contribué à la diminution du taux de chômage dans le cercle.

L'installation de la BNDA et des caisses d'épargne (Kafojiginw, CAECE jigism) et la facilité d'accès à la zone ont favorisé le commerce.

1-1-7 Education :

La première école de Bougouni a été créée en 1903. Actuellement, le cercle a deux centres d'animation pédagogique (CAP).

1-2 Le centre de santé de référence de Bougouni :

Le dispensaire de Bougouni a été créé en 1949, achevé et inauguré la même année par le médecin colonel Vernier Français qui en a été le premier médecin. Il a été érigé en CSREF en 1996.

1-2-1 Configuration du Centre :

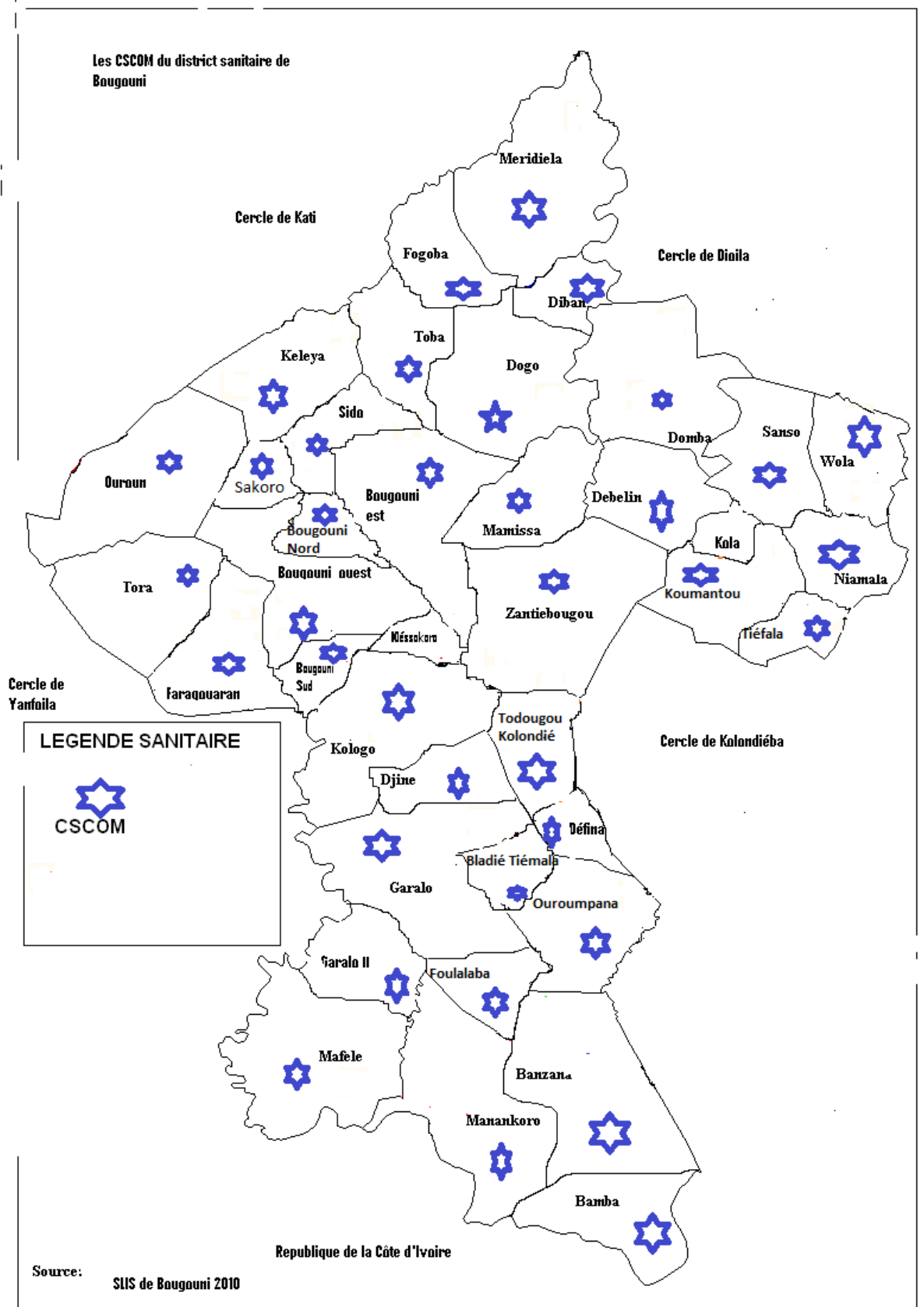
Il est situé au centre de la ville, au bord droit de la route bitumée allant du quartier de Massablakoura à la préfecture, l'accès du CSREF est difficile pour certains à cause de l'état dégradant de ses voies d'accès.

1-2-2 Données sanitaires :

Le district sanitaire de Bougouni est composé d'un CSREF et de 38 CSCOM fonctionnels. A coté de ces structures, il existe :

- Un centre confessionnel à Banantoumou
- Deux infirmeries à la CMDT (Bougouni et Koumantou)
- Les infirmeries du lycée et de l'IFM de Bougouni
- Quatre Cabinets de soins (dont trois à Bougouni et un à Babléna)
- Quatre Cabinets Médicaux (dont trois à Bougouni et un à Koumantou)
- Une Clinique à Morila (dans les mines d'or de morila)
- Trois Officines privées à Bougouni et des dépôts de médicaments dont deux à Sanso, un à Koumantou, un à Garalo et un à Bougouni.

La rupture utérine au centre de santé de référence de Bougouni



1-3 Service de gynécologie-obstétrique :

Il comporte six salles d'hospitalisation avec quinze (15) lits.

- Une unité d'accouchement avec deux salles
- Une unité de suite de couche
- Une unité de salle de travail avec réanimation du nouveau-né
- Une unité de grossesses pathologiques
- Une unité des pathologies gynécologiques
- Une unité de soins post-abortum
- Une unité de soins mère-kangourou

Le personnel se compose de :

-deux médecins dont un spécialiste en gynécologie-obstétrique et un généraliste

-quatre sages femmes

-trois infirmières obstétriciennes

-trois matrones

-et un manœuvre

Les principales activités du service sont : CPN, PTME/VIH, PF et le suivi des malades hospitalisées.

2-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique à collecte rétrospective et prospective des données.

3-Période d'étude :

Il s'agit d'une étude allant du 1^{er} Janvier 2010 au 31 décembre 2013, soit une rétrospective du 1^{er} Janvier 2010 au 31 Décembre 2012 et une prospective du 1^{er} Janvier au 31 décembre 2013.

4-Population d'étude :

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

5- Echantillonnage :

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

5-1 Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude :

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

5-2 Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude :

- Les déchirures ou éclatements limités du col utérin,
- Les plaies de l'utérus gravide d'origine traumatique,
- Les perforations utérines survenant lors d'un avortement provoqué,
- Les ruptures utérines en dehors du travail.

6- Collecte des données :

Les sources de données ont été:

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

7-Analyse et saisie des données :

La saisie de données a été faite grâce au Microsoft Word Office 2007 et l'analyse est faite grâce au logiciel SPSS 20.0

Les tests statistiques utilisés sont le khi2 avec $p < 5\%$. Pour les valeurs < 5 , le Fischer a été utilisé pour évaluer les relations entre les variables.

V

RÉSULTATS

Résultats :

1-résultats globaux

1-1- Fréquence :

Nous avons recueillis 99 cas de ruptures utérines et 3154 accouchements pour une fréquence de 3,1% allant du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2013.

Tableau I : La fréquence de rupture utérine en fonction de l'année

Année de consultation	Effectif	Pourcentage
2010	20	20,2
2011	24	24,2
2012	30	30,3
2013	25	25,3
Total	99	100,0

Tableau II : répartition du nombre de rupture utérine en fonction des accouchements

	2010(%)	2011(%)	2012(%)	2013(%)	Total(%)
Nombre d'accouchement	751(97,4)	673(96,56)	779(96,29)	852(97,14)	3055(96,86)
Rupture utérine	20(2,6)	24(3,4)	30(3,7)	25(2,9)	99(3,1)
Total	771(100)	697(100)	809(100)	877(100)	3154(100)

1-2-caractères sociodémographiques :

Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge (année)

AGE (année)	Effectif	Pourcentage
18 à 25	18	18,2
26 à 35	50	50,5
> 35 ans	31	31,3
Total	99	100,0

Tableau IV : Répartition des patientes selon lieu de résidence

Lieu de résidence	Effectif	Pourcentage
ville de Bougouni	8	8,1
hors de Bougouni	91	91,9
Total	99	100,0

Tableau V : Répartition des patientes en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Evacuée	92	92,9
Venue d'elle même	7	7,1
Total	99	100,0

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction du moyen de transport

Moyen de transport	Effectif	Pourcentage
Ambulance	90	90,9
Transport en commun (taxi)	8	8,1
Voiture personnelle	1	1,0
Total	99	100,0

Dans 9,1% des cas le moyen de transport utilisé a été un moyen non médicalisé

Tableau VII: Répartition des patientes en fonction de la distance parcourue

CSCCom	Km	Effectif	Pourcentage
Manankoro	150	6	6,1
Bamba	150	4	4,0
Garalo	60	6	6,1
Méridiéla	150	5	5,1
Koumantou	75	12	12,1
Sanso	115	4	4,0
Maternités Rurales		13	13,1
Domba	110	11	11,1
Mafèlè	145	4	4,0
Bazana	100	3	3,0
Faragouran	30	3	3,0
Zantièbougou	30	5	5,1
Mamissa	45	1	1,0
Keleya	60	2	2,0
Djiné	50	1	1,0
Debèlin	75	4	4,0
Dogo	85	2	2,0
Kola	93	3	3,0
Sido	30	2	2,0
Toba	60	1	1,0
Kologo	30	1	1,0
Autres	NA	6	6,1
Total		99	100,0

La majorité des ruptures ont été enregistré dans les localités des maternités rurales, manankoro,etc...

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction du motif d'évacuation

Motif d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Métrorragie	10	10,1
SFA	4	4,0
Syndrome de pré-rupture utérine	7	7,1
Travail prolongé	6	6,1
Expulsion prolongée	7	7,1
Dilatation stationnaire	11	11,1
Suspicion de rupture utérine	8	8,1
Présentation transverse	5	5,1
Utérus cicatriciel	9	9,1
HU excessive	3	3,0
Contraction utérine douloureuse	2	2,0
Autres	27	27,3
Total	99	100,0

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction de la délivrance d'une fiche d'évacuation

Fiche d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Oui	89	89,9
Non	3	3,1
Total	92	100,0

Tableau X : Répartition des patientes en fonction de l'utilisation du partogramme pendant le travail d'accouchement

Utilisation du Partogramme	Effectif	Pourcentage
Oui	44	44,4
Non	55	55,5
Total	99	100,0

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction des ATCD chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Antécédents d'intervention sur l'utérus	28	28,2
Sans ATCD chirurgicaux	70	70,7
Autres	1	1,0
Total	99	100,0

28,2 des patientes avaient un antécédent d'intervention sur l'utérus

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction de la Gestité

Gestités	Effectif	Pourcentage
1-3	11	11,1
4	9	9,1
≥5	79	79,8
Total	99	100,0

Tableau XIII: Répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
1	7	7,1
2-3	15	15,2
4-5	26	26,3
≥6	51	51,5
Total	99	100,0

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction de l'intervalle intergénéral (ans).

Intervalle intergénéral	Effectif	Pourcentage
< 2 ans	6	6,1
2 ans	28	28,3
> 2 ans	36	36,4
Non précise	29	29,3
Total	99	100,0

Tableau XV : Répartition des patientes en fonction des CPN

CPN	Effectif	Pourcentage
Oui	29	29,3
Non	70	70,7
Total	99	100,0

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction du nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
0	70	70,7
1-3	25	25,3
≥4	4	4,0
Total	99	100,0

Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction de l'auteur des CPN

Auteur des CPN	Effectif	Pourcentage
Médecin	2	2,0
Sage femme	2	2,0
Infirmière Obstétricienne	2	2,0
Matrone	23	23,2
Non faite	70	70,7
Total	99	100,0

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction du lieu des CPN

Lieu des CPN	Effectif	Pourcentage
CSCOM	25	25,3
CS Réf	2	2,0
Cabinet médical	2	2,0
Non faite	70	70,7
Total	99	100,0

Tableau XIX : Répartition des patientes en fonction des facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
Multiparité	51	47,6
Antécédents d'intervention sur l'utérus	28	26,2
HU excessive	28	26,2
Total	107	100,0

NB: les 107 cas s'expliquent par l'association de certains facteurs de risque

Tableau XX : Répartition des patientes en fonction de la prise en charge avant évacuation

Prise en charge avant évacuation	Effectif	Pourcentage
Utilisation d'ocytocique	38	38,3
Expression abdominale	12	12,1
Aucun geste	49	49,5
Total	99	100,0

Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction de la durée du travail d'accouchement

Durée du travail	Effectif	Pourcentage
<12 heures	37	37,4
12-48 heures	43	43,3
≥72 heures	19	19,2
Total	99	100,0

Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction de lieu de survenue de la rupture utérine

Lieu de survenu	Effectif	Pourcentage
Domicile	7	7,1
Maternité rurale	13	13,1
Cscom	8	8,1
Au court du transfert	71	71,7
Total	99	100,0

1-3-Données cliniques :

Tableau XX III: Répartition des patientes en fonction de la hauteur utérine

Hauteur Utérine	Effectif	Pourcentage
< à 36	67	67,7
≥36	28	28,3
Non spécifiée	4	4,0
Total	99	100,0

Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction de la présentation du fœtus

Présentation du fœtus	Effectif	Pourcentage
Céphalique	70	70,7
Vicieuse	14	14,1
Inaccessible	15	15,2
Total	99	100,0

Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction de la présence de BDCF à l'admission

BDCF à l'admission	Effectif	Pourcentage
Présent	18	18,2
Absent	81	81,8
Total	99	100,0

Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction de l'état du bassin

Bassin	Effectif	Pourcentage
Normal	50	50,5
Limite	6	6,1
Non exploré	43	43,4
Total	99	100,0

Tableau XXVII : Répartition des patientes en fonction du moment du diagnostic de la rupture utérine.

Moment du diagnostic de la rupture utérine	Effectif	Pourcentage
Préopératoire	70	70,7
Peropératoire	28	28,3
Postopératoire	1	1,0
Total	99	100,0

Tableau XXVIII : Répartition des patientes en fonction de la nature de la rupture utérine.

Nature de la Rupture Utérine	Effectif	Pourcentage
Complète	86	86,9
Incomplète	13	13,1
Total	99	100,0

Tableau XXIX : Répartition des patientes en fonction du siège de la rupture

Siège	Effectif	Pourcentage
Segmentaire	54	54,5
Corporeale	19	19,2
Segmento-corporeale	26	26,3
Total	99	100,0

Tableau XXX : Répartition des patientes en fonction des lésions associées à la rupture utérine.

Lésions associées	Effectif	Pourcentage
Vésicales	7	7,1
Pas de lésion	92	92,9
Total	99	100,0

1-4-Traitement :

Tableau XXXI : Répartition des patientes en fonction du mode de traitement

Mode de traitement	Effectif	Pourcentage
Hystérorraphie	91	91,9
Hystérectomie	8	8,1
Total	99	100,0

Parmi nos patientes colligées 20,2% ont bénéficié de ligature et résection des trompes

Tableau XXXII : Répartition des patientes en fonction du mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	4	4,0
Laparotomie	95	94,9
Total	99	100,0

1-5-Evolution :

Tableau XXXIII : Répartition des patientes en fonction de l'évolution

Evolution	Effectif	Pourcentage
Suite simple	59	59,6
Endométrite	4	4,0
Anémie	31	31,3
Fistule vésico-vaginale	3	3,0
Décès maternel	2	2,0
Total	99	100,0

Tableau XXXIV : Répartition des patientes en fonction de l'apport de produit sanguin.

Transfusion	Effectif	Pourcentage
Oui	34	34,3
Non	65	65,7
Total	99	100,0

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon le pronostic maternel

Pronostic maternel	Effectif	Pourcentage
Vivante	97	97,9
Décédée	2	2,1
Total	99	100,0

Tableau XXXVI : Répartition des patientes en fonction de l'état du nouveau-né

Nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Vivant	16	16,2
Mort né frais	76	76,8
Mort né macéré	7	7,1
Total	99	100,0

2-Résultats analytiques :

Tableau XXXVII : Répartition du nombre de CPN réalisé en fonction de l'âge

Nombre CPN Age	Nombre CPN			Total en %
	0	1-3	≥4	
18-25	13	5	0	18
26-35	36	11	3	50
>35	21	9	1	31
Total	70	25	4	99

Khi2=2,17 Fischer=0,012 P= 0,9

Tableau XXXVIII : Répartition des ATCD chirurgicaux en fonction du nombre de CPN

ATCD chirurgicaux Nombre CPN	ATCD d'intervention		Autres	Total en %
	Sur l'utérus	Sans ATCD chirurgicaux		
0	18	52	0	70
1-3	6	18	1	25
≥4	4	0	0	4
Total	28	70	1	99

Khi2=17,32 Fischer=1,29 P=0,25

Tableau XXXIX : Répartition selon l'intervalle intergénésiq ue en fonction de la parité

Parité	Intervalle intergénésiq ue				Non précise	Total en %
	<2	=2	>2			
1	1	3	2	1	7	
2-3	1	2	6	6	15	
4-5	1	9	9	7	26	
≥6	3	14	19	15	51	
Total	6	28	36	29	99	

Khi2 =4,47 Fischer =0,02 P=0, 86

Tableau XXXX : Répartition des auteurs de CPN en fonction de la hauteur utérine

HU	Auteur CPN					Total en %
	Médecin	Sage femme	Infirmière obstétricienne	Matrone	Non fait	
<36	1	2	2	17	46	68
≥36	1	0	0	5	22	28
Non spécifiée	0	0	0	1	2	3
Total	2	2	2	23	70	99

Khi2=5,36 Fischer=0,42 P=0,51

Tableau XXXXI: Répartition des auteurs de CPN en fonction de la présentation du Fœtus

Présentation du fœtus	Auteur CPN						Total en %
	Médecin	Sage femme	Infirmière Obstétricienne	Matrone	Non fait		
Céphalique	1	1	2	17	49	70	
Vicieuse	1	0	0	3	10	14	
Inaccessible	0	1	0	3	11	15	
Total	2	2	2	23	70	99	

Khi2=5,22 Fischer=0,00 P=0,9

Tableau XXXXII : Répartition des auteurs de CPN en fonction de l'état du bassin

Bassin	Auteur CPN						Total en %
	Médecin	Sage femme	Infirmière obstétricienne	Matrone	Non fait		
Normal	2	1	1	6	40	50	
Limite	0	0	0	2	4	6	
Non explorer	0	1	1	15	26	43	
Total	2	2	2	23	70	99	

Khi2=8,99 Fischer=1,25 P=0,2

Tableau XXXXIII : Répartition du siège en fonction de la nature de rupture utérine

Nature \ Siège	Segmentaire	Corporeale	Segmento-corporeale	Total en %
Complète	46	15	25	86
Incomplète	8	4	1	13
Total	54	19	26	99

Khi2=6,97 Fischer=0,69 P=0,4

VI

COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Au cours de notre étude, les résultats observés appellent à certaines réflexions qui feront l'objet de nos commentaires et discussion.

1. FREQUENCE

Durant quatre années d'étude, nous avons colligé 99 ruptures utérines pour 3154 accouchements.

La fréquence des ruptures utérines se chiffre à 3,1% par rapport aux accouchements.

A titre comparatif, nous dirons que la fréquence de la rupture utérine varie d'un pays à un autre et dans le même pays ou dans le même service suivant les époques et suivant le recrutement des malades.

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 risque:

- la diminution de la grande multiparité,
- le dépistage pré ou per-partum des disproportions foeto-pelviennes,
- la quasi diminution des manœuvres obstétricales.

La fréquence des ruptures utérines se chiffre à une rupture utérine sur 32 accouchements. Notre service étant la seule structure de deuxième niveau, cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par :

- Les évacuations tardives ;
- Le fait que la couverture sanitaire est insuffisante ;
- le manque de personnel qualifié ;
- le mauvais suivi prénatal

Diakité Youssouf [3] : au Mali 1/268 ; 2011 au CS Réf CV

Diakité I [1] : au Mali 1/60 ; 2010 au CS Réf de Koutiala

SEME K [12] : au Mali 1/74 ; 2010 à l'Hôpital de Nianakoro Fomba de Ségou

TRAORE Y, DOLO A, SY A S et al [8] : au Mali une étude réalisée en milieu rural Malien avec un effectif de 1,3% en 2009

R.N.NGBAL, C.E.GAUNEFT, A.KOIROKPI et al [25] : au centre de santé communautaire de Bangui avec un effectif de 0,3% en 2012

SANOGO A C [14] : au Mali 1,26% en 2009 au CS Réf de Kadiolo

Diabaté A K [10] : au Mali 1/185,2 en 2007 à l'Hôpital Fousséyni Daou de Kayes

KONARE F [13] : au Mali 1/56 ; 2008 à Mopti

CHAMISO B. [20] : en Ethiopie 1/38 en 1995

Et nettement inférieure à celui de **DRABO A. [22]** au Mali 1/13 en 2000 à Mopti

Cette fréquence s'inscrit dans l'ordre de grandeur des fréquences de ruptures utérines décrites dans les pays en voie de développement faisant de la rupture utérine un drame encore fréquent dans ces pays.

En fin de l'année 2012, devant la hausse importante du taux de rupture, certaines mesures ont été prises notamment : la rigueur et la mise en place de personnel qualifiés dans certaines structures.

2. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

L'âge moyen de nos patientes a été de 29 ans avec des extrêmes de 18 et 40ans. Tous les âges de la période de procréation ont été représentés. Ce fait a été constaté chez beaucoup d'autres auteurs [1, 3, 7,8]. La majorité de

nos patientes soit 50,5% avaient un âge compris entre 26 et 35 ans .Cette tranche d'âge correspond à la période où l'activité génitale est intense

La majorité des patientes touchées par la rupture utérine venaient du milieu rural 91,9%. Seulement 8 (8,1%) étaient de Bougouni ville. Ce résultat est superposable à celui d'annales de la SOGGO [8] qui a révélé que plus de la moitié des patientes recensées venaient de plus de 60Km.

Ce résultat dénote le temps écoulé avant la prise en charge de la patiente.

Le délai d'admission est le temps écoulé entre la prise de décision d'évacuation et l'arrivée au CSRéf. Ce délai a été notifié chez 25 patientes avec une durée moyenne de 5 heures et des extrêmes de 1heure et 8heure 30min

La moyenne de parité était de 5,5% ; les grandes multipares ont représenté 51,5% dans notre échantillon suivies des multipares 26,3 %.

Notre prédominance des multipares se confirme par les auteurs comme :

- SANOGO A C [14] a confirmé que le groupe des multipares a représenté 35,71% des cas

R.N.NGBAL, C.E.GAUNEFT, A.KOIROKPI et al [25] : les multipares ont représenté 56,3% ;

- DIALLO.F.B [26] a trouvé 62 % de multipares dans une étude réalisée à la maternité de Niamey en 1998.

Cela pourrait s'expliquer par la fragilisation de l'utérus chez les multipares. La multiparité constituerait un facteur de risque dans notre étude.

En effet, la réduction de l'intervalle intergénésiq ue inférieure à 24 mois, la multiparité, la fragilisation de l'utérus par une cicatrice antérieure, les tentatives d'accouchement à domicile pourraient contribuer à augmenter la fréquence des ruptures utérines dans nos pays.

Une femme non instruite est moins prompte à rechercher des soins professionnels que son homologue instruite soit parce qu'elle est effrayée et désemparée dans le monde étranger des services de santé, soit parce qu'elle n'est pas pleinement consciente des possibilités offertes par les agents de santé, ceux-ci associés à l'insuffisance ou au manque de consultation prénatale sont des facteurs péjoratifs favorisant la survenue de la rupture utérine. Ainsi dans notre série:

- toutes nos parturientes étaient analphabètes
- Quant au suivi de la grossesse: 70 de nos parturientes n'avaient fait aucune consultation prénatale et 29 en ont fait et parmi elle, 23 ont été suivies par du personnel non qualifié. Seules 6 parturientes ont été suivies par un médecin, ou une sage femme ou une infirmière obstétricienne.
- La majorité de nos patientes (92,9%) ont été référées ou évacuées à partir des structures sanitaires vers le CSRéf, notre taux est superposable à ceux de: TRAORE Y [27] au MALI soit 93,3% et de DRABO A [22] au MALI soit 84%. En outre, des fréquences variables d'évacuation sont rapportées dans la littérature.
- La tranche d'âge la plus touchée n'avait pas fait de CPN.
- Celles dont il avait un antécédant d'intervention chirurgicale sur l'utérus beaucoup d'entre elles n'ont pas fait de CPN.

Les ATCD d'interventions chirurgicales portant sur l'utérus, les trompes et autres parties génitales sont indispensables à prendre en compte, ainsi sur les 99 cas de ruptures utérines:

- 24 parturientes soit 24,2,% avaient un antécédent d'utérus cicatriciel par césarienne. ce résultat est supérieur à celui de DRABO A [22] au MALI 24%, SIDIBE M [28] au MALI 20,8% de cas d'utérus cicatriciel

- 2 (2,0%) parturientes avaient un ATCD de rupture utérine et 2 (2,0%) avaient un antécédent de myomectomie:

ce résultat est inférieur à celui de DRABO A [22] au MALI qui trouve 4%.

- L'intervalle intergénéscique était inférieur ou égal à 2 ans dans 34,4% soit 34 cas, il n'a pas été spécifié dans 29,3%.

Cet écart intergénéscique réduit semble être un élément important contribuant à une mauvaise récupération histologique du muscle utérin, le fragilisant au fur et à mesure des grossesses futures favorisant ainsi la rupture utérine [14].

3. CLINIQUE

L'étude clinique du bassin nous donne un taux de 50,5% de bassins normaux et 6,1% de bassins limites et 43,4% de bassin non exploré. Ces explorations ont été faites au toucher vaginal simple.

La non-exploration du bassin a été constatée chez les patientes dont la CPN a été réalisée par les personnels non qualifiés.

67 parturientes soit 67,7% avaient une hauteur utérine inférieure à 36 cm et 28,3% soit 22 parturientes avaient une hauteur utérine supérieure à 36 cm, 4,0% avaient une hauteur utérine non spécifiée. Il s'agissait de cas de rupture utérine diagnostiqués en post partum immédiat.

Une hauteur utérine excessive devrait accentuer la vigilance et amener à prendre une décision efficace de référence ou d'évacuation afin d'éviter le drame.

La rupture utérine s'est produite dans 4 circonstances différentes:

- ✓ dans la maternité rurale 13 cas soit 13,1%

La rupture utérine au centre de santé de référence de Bougouni

✓ dans les CSCom: 8cas soit 8,1%.

Cette fréquence est inférieure à celles de TRAORE Y [27] soit 84,4% et de SANOGO A C [14] au Mali 28,7%;

✓ à domicile: 7 cas soit 7,1%:

Cette fréquence est inférieure à celles constatées par: DRABO A [22] au MALI, soit 68% ; SIDIBE M [28] au MALI soit 20,8%.

✓ au cours du transfert:

71 cas soit 71,7% des parturientes;

cette fréquence s'explique par le fait que le CSRéf est plus éloigné des aires de santé périphérique.

Les raisons de cette inflation sont entre autres :

- le manque de préparation à l'accouchement
- le manque de personnel qualifié pour la détection et la prise en charge précoce des complications
- l'organisation du système de référence/ évacuation
- les accouchements non assistés
- l'état des infrastructures routières

NB : nous ne notons pas de rupture au CSRéf.

En ce qui concerne les ruptures iatrogènes, ce sont des ruptures liées à l'accoucheur (abus d'ocytocine, manœuvre obstétricale et expression utérine)

- L'abus d'ocytocine représente 38,3 % dans notre série

- L'expression utérine représente 12,1 % des ruptures.

Le tableau clinique se manifestait par l'association de certains signes dont les plus fréquemment retrouvés étaient:

- une absence de bruits du cœur fœtal (81,8% des cas);
- un utérus en forme de sablier (28,3% des cas);
- l'absence de contraction utérine 71,7%
- l'inaccessibilité de la présentation du fœtus 15,2%

62,6% des patientes avaient une durée de travail supérieure à 12 heures.

Nous avons noté 28 cas soit 28,3% de rupture utérine silencieuse et mise en évidence à la laparotomie.

Ce taux est comparable à celui de TRAORE Y [27] avec 28,2% et est inférieur à celui de KONARE F. [13] avec un taux de 16%.

Toutes étaient en travail au moment de la rupture. ce taux est identique à ceux de TRAORE Y [27] au MALI soit 100% et de DRABO A [22] au MALI soit 100%. Ceci pourrait s'expliquer par la mauvaise ou l'absence de surveillance du travail d'accouchement, par la non assistance de l'accouchement.

4 FACTEURS ETIOLOGIQUES

Au cours de notre étude, nous avons noté 24 cas d'antécédents de césarienne pour un pourcentage de 24,2% et 2 cas d'antécédents de myomectomie soit 2,0% qui font un pourcentage total de 26,4%.

Ce taux est inférieur à celui de R.N.NGBAL, C.E.GAUNEFT, A.KOIROKPI et al [25] avec 53,6%

En effet, les antécédents de césarienne sont généralement dus à des dystocies provoquées avec comme exemple dans notre série, une présentation céphalique: 70 cas soit 70,7% ; une présentation vicieuse: 14 cas soit 14,1%; les présentations inaccessibles: 15 cas soit 15,2%.

Dans notre série, nous avons noté 70,7% soit 70 cas de ruptures utérines spontanées sur utérus sain. Ce taux est inférieur à celui de VAVDIN F [29] au RWANDA 88% en 1983 et supérieur à ceux de :

EL KADY A [31] en EGYPTE 57,14% en 1993 DIAKITE M [30] au MALI 36,5% en 1985.

Dans notre série, les cas de rupture s'expliquaient par le retard de prise de décision, l'usage abusif d'oxytocique et l'expression utérine.

5. ASPECT ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Les lésions anatomiques ont été au nombre de deux types, découvertes lors d'une intervention chirurgicale.

Le taux de ruptures utérines complètes était plus élevé que celui des ruptures utérines incomplètes, soit respectivement 86,9% contre 13,1% dans notre série.

D'autres auteurs ont trouvé comme: VAVDIN [29] au RWANDA, 73,5% de cas de ruptures utérines complètes contre 26% de cas de ruptures utérines incomplètes et SANOGO A C [14] au Mali 62,5% de cas de ruptures utérines complètes contre 37,5% de cas de ruptures utérines incomplètes; DRABO A [22] au MALI 86,6% de cas de ruptures utérines complètes contre 13,4% de cas de ruptures utérines incomplètes.

La rupture segmentaire complète a été la plus représentée dans notre étude avec 46 cas.

Au cours de notre étude, les lésions avaient pour siège soit corporeale avec 19 cas soit 19,2 % ; segmento-corporeale avec 26 cas soit 26,3% ; segmentaire avec 54 cas soit 54,5 %.

Ces taux sont inférieurs à ceux de DRABO A [22] au MALI qui trouve 70% de cas de ruptures utérines segmentaires; et TRAORE Y [27] au MALI trouve 83,2%.

Le taux de rupture utérine au niveau du segment inférieur de l'utérus a été constaté par plusieurs autres auteurs

La principale lésion associée à la rupture utérine a été représentée par la lésion vésicale 7cas (7,1%). Au CS Réf de la commune V de Bamako, Diakité trouve : la lésion vésicale 1cas (0,7%), la déchirure du vagin 2 cas (1,4%), la section des annexes (trompe et ovaire) 1cas (0,7) et des lésions du pédicule utérin. Ces résultats montrent la diversification des lésions associées.

6. ASPECT THERAPEUTIQUE

La rupture utérine est une urgence obstétricale dont la prise en charge demande rapidité et efficacité. Ainsi son traitement est d'abord curatif puis préventif. Ce traitement repose sur:

- remplacer par une transfusion sanguine la masse sanguine perdue;
- corriger le choc hypovolémique et l'anémie.
- préparer la malade pour la rendre apte à supporter l'acte

chirurgical.

Cette réanimation devra être poursuivie pendant et après l'opération.

Dans notre série, 34 malades soit 34,3% ont été réanimées: toutes ont été transfusées; toutes ont reçu des cristalloïdes.

Plusieurs auteurs insistent à dire que la technique utilisée doit tenir compte de certaines considérations qui sont: le type de rupture, sa direction, son délai, l'état général de la malade, l'âge, la parité, le niveau d'instruction, le plateau technique, l'expérience de l'anesthésiste, le désir de procréer, l'expérience du chirurgien.

Nous avons effectué l'hystérorraphie chez 91 de nos parturientes soit 91,9%, la ligature et la résection des trompes dans 20cas soit 20,2%, l'hystérectomie a été réalisée dans 8 cas soit 8,1%.

La tendance adoptée est la suture pour certains auteurs tels que DRABO A [22] MALI 20%, DIAKITE M [33] MALI 60,98% et ZINE S [32] TUNISIE 63,3%

7. PRONOSTIC MATERNO-FOËTAL

Plusieurs auteurs [15, 22, 27, 33] pensent que la rapidité du diagnostic et celle du traitement chirurgical peuvent sauver la patiente.

Il a été satisfaisant dans 97,98% des cas.

Du point de vue de la morbidité, 3 cas de fistules vésico-vaginales ont été enregistrés. Les complications tardives ont été la survenue d'endométrite chez 4 parturientes, l'anémie chez 31.

La mortalité maternelle est de 2,0% soit 2cas répartis comme suit :1 cas (1,0%) de mort maternelle dans les 72 heures après l'intervention dans un tableau de septicémie, 1 cas (3,57%) de décès survenu dans les 24heures post-opératoire dans un tableau de choc hypovolémique.

Notre taux est supérieur à celui de EL MANSOURI A [15] au MAROC soit 0,5%; en 1995.

et inférieur à ceux de DOLO A [33] au MALI soit 9,5% en 1990 et de TRAORE Y, DOLO A, SY A S et al [8] 6 décès soit 10, 7%

Avenir obstétrical:

Il est difficile pour nous de tirer des conclusions adéquates en raison de la faiblesse de suivi des parturientes et du non respect des consignes données par les agents de santé après hospitalisation. Cependant, il est à retenir que sur les 99 femmes opérées pour rupture utérine, 71 ayant bénéficié d'un traitement conservateur sans ligature des trompes peuvent prétendre à de nouvelles grossesses soit 71,7%.

En effet, la survie maternelle est améliorée quand le suivi post opératoire est assuré de manière souhaitable.

La mortalité fœtale liée à l'arrêt de la circulation sanguine utéro-placentaire est importante.

Le pronostic fœtal est catastrophique surtout en Afrique où les parturientes arrivent tardivement au CSRéf au stade de rupture confirmée. Même si les taux de décès fœtal sont variables, la plupart des séries africaines rapportent des taux largement supérieurs de 50 et 80% [34, 35]

La mortalité fœtale est de 83,9% soit 83 cas de mort-nés dans notre série avec 2 cas d'hydrocéphalie. Ce taux est inférieur à ceux de: DOLO A [22] au MALI soit 90, 5% en 1990, TRAORE Y [27] au MALI, soit 84,1% en 1996. Il est supérieur à ceux de: LANKOANDE J [35] au BURKINA-FASO soit 95% en 1997, ILOKI L H [34] au CONGO soit 67,8% en 1994.

Les nouveaux-nés ayant survécu sont issus: de ruptures utérines sous sereuses, le fœtus étant encore intra-utérin et le placenta non décollé.

Ces nouveaux nés sont au nombre de 16 soit 16,2%; tous ont fait une souffrance fœtale au debut.

VII

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

Conclusion et Recommandations

1- CONCLUSION :

La rupture utérine est une urgence chirurgicale.

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

Les létalités maternelle et fœtale de cette affection sont très élevées.

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

2-Recommandation

Au terme de notre étude, nous avons fait les recommandions suivantes :

A la population

- Fréquenter les centres de santé pour les consultations prénatales ;
- Accoucher dans les structures sanitaires.

A l'endroit des agents socio sanitaires :

-Intensifier la CCSC à l'endroit des populations en occurrence sur les risques liés à l'accouchement à domicile, le travail prolongé, les pratiques traditionnelles néfastes et la non-reconnaissance des signes de complications de la grossesse.

- Faire des consultations prénatales de qualité (CPN recentrée).

-Utiliser le partogramme dans la surveillance du travail d'accouchement surtout au sein des cscom.

- Référer systématiquement toute gestante à risque (hauteur utérine supérieure ou égale à 36 cm, ATCD d'intervention sur l'utérus, les grandes multipares).

-Référer à temps les parturientes vers le CSRéf.

AUX AUTORITÉS SANITAIRES:

- Recruter le personnel qualifié pour tous les Cscm (Medecin, sage Femme).
- Doter le CSRéf d'un service de réanimation.
- Développer et améliorer les moyens de transport et l'état des routes
- Assurer le recyclage des agents de santé qui sont au niveau des CSCom.
- Rendre disponible le sang au niveau de la mini banque de sang du Csréf de Bougouni

VIII

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

Références **bibliographiques**

- 1- **I Diakité**: La rupture utérine au CS Réf de Koutiala; Thèse de médecine Bamako, 10M283
- 2- **REVUE D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION ET DE MÉDECINE D'URGENCE**
<http://www.rarmu.com/> consulter le 10 /01/2013
- 3- **Y Diakité**: La rupture utérine au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine Bamako. 11M267
- 4- **Guise JM, McDonagh MS, Osterweil P, Nygren P, Chan BK, Helfand M**. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. *BMJ*. 2004 Jul 3; 329, 7456: 19-25
- 5- **Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al**. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med*.2004; 351, 25: 2581-9.
- 6- **Y R Abauleth et al** : pronostic de la rupture utérine au cours du travail ; *méd. trop* 2006 ; 66: 472-476
- 7- **QI LI YA, CHEN YU, DOLO A** : Rupture utérine à l'hôpital régional de Sikasso. *Med d'Afrique noire* 2000 ; 47, 2.
- 8- **Y TRAORE, N MOUNKORO, F TRAORE DICKO, I TEGUETE, A THERA, A DOLO, A S SY et al** : rupture utérine en milieu rural Malien ; *Annales SOGGO* 2009 ; N°12, Vol 4 : 11-14
- 9- **Y TRAORE, I TEGUETE, F T DICKO, A DIALLO, M Y DJIRE, B TRAORE, A DOLO, et al** : accouchement dans un contexte d'utérus cicatriciel au CHU GT de janvier 2007 à Décembre 2008 : modalités et complications. *Médecine d'Afrique noire* 2012 ; N° 11, Vol 59 : 511-515

10 - **A K Diabaté:** Rupture utérine a l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Thèse de médecine Bamako 07M98

11 CHEN YU

Analyse clinique de 126cas de rupture utérine observée au niveau de l'Hôpital régional de Sikasso. Mali Médical 1998 ; VIII, N°3-4: 31-33

12- **K SEME:** Rupture utérine à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Thèse de médecine Bamako 10M443

13- **F KONARE :** Rupture utérine à l'Hôpital de Sominé DOLO de Mopti. Thèse de médecine Bamako 08M306

14- **A C SANOGO:** rupture utérine au centre de sante de référence de Kadiolo. Thèse de médecine Bamako 09M271

15- El Mansouri A.

Les accouchements sur utérus cicatriciel : à propos de 150 cas. Rev fr gynecol obstet 1994; 89, 12: 606 - 612.

16- Merger R, Levy J, Melchior J.

Précis d'obstétrique ; 6^{ème} édition, Masson,Paris, 1995 : 348-352

17 SOLTAN M. H KHASHOGGIT

Pregnancy following rupture of the pregnant uterus .intern at journal of gynecia and obstetric 1996, 52:37-42

18 M COSSON, PH DUFOUR, M NAYAMA, D VINATIER, j c monnier.

Pronostic obstetrical.reprod. 1995 ; 24 : 434-439

19 F COULIBALY

Etude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako, à propos de 25 études cliniques. Thèse de Médecine Bamako 1995; N°40.

20 CHAMISO B.

Ruptures of pregnant uterus in Shashemene general hospital, south, shoat, Ethiopia (a three year study of 5 cases Ethiopian Medical journal 1995 Oct; 33, 4: 25-7

21 ASTARRITADC, FELDMANB.

Seat belt placement resulting in uterine rupture journal of trauma. 1997 Apr ; 42, 4: 738-40.

22- A DRABO.

Les ruptures utérines à l'Hôpital Sominé DOLO de Mopti : facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas. Thèse de médecine Bamako 00M07

23- SEGUY B, CHAVINE J, MICHELON B.

Nouveau manuel d'obstétrique, (III), 2eme édition

24-KVS TETE ED, DJAHOTO KF FLAGO, AKPADZA K, S BAETA, AKS

HODONOU : Les ruptures utérines au CHU de Tokoin-Lomé : à propos de 56 cas colligés de janvier à décembre 1994, Rev.Fr Gynéco Obstét. 1996; 91-12.

25 R N NGBAL, C E GAUNEFT, A KOIROKPI et al : évolution des ruptures utérines à la maternité de l'Hôpital communautaire de Bangui. Médecine d'Afrique noire 2012 ; N° 2, Vol 59 : 65-69

26- DIALLO F B, IDI N, C VANGEEDEERHUYSEN, D BARAKA, I HADIZA, I LABO, M DARE, M GARBA

La rupture utérine à la maternité centrale de référence de Niamey (NIGER) aspects épidémiologiques et stratégies de prévention. Médecine d'Afrique noire 1998 ; 45, 5

27- Y TRAORE.

Les ruptures utérines à l'Hôpital National du Point « G »: facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques (à propos de 180 cas). Thèse de Medecine Bamako, 1996 ; N° 27.

28- M SIDIBE.

Les ruptures utérines: Expérience d'une structure de deuxième référence (Le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital régional de Sikasso).

Thèse médecine, Bamako 2000, N°100.

29- F VAVDIN, S MUNYEMANA, SEBAZUNGU P, CLERGET-GURNAUD J M.

Les ruptures utérines au Rwanda: à propos de 87 cas. Méd. Trop. 1983 ; 43, 1.

30- M DIAKITE.

Les ruptures utérines: à propos de 41 cas observés à Bamako. Thèse médecine, Bamako. 1985 ; 10.

31- EL KADY A A, BAYOMY H M, BEKHET M T, NAGIB H S, WAHBA A K.

A review of 126 cases of ruptured gravid uterus. Int surg, 1993; 78, 3: 231-5.

32- ZINE S, ABED A, MOUELHI T, CHELLI H.

Les ruptures utérines au cours du travail: A propos de 106 cas observés au centre de maternité de Tunis (Tunisie). Rev. Fr. Gynecol. Obstet, 1995; 90, 3 : 166-173.

33- A DOLO, B KEITA, F S DIABATE, B MAIGA.

Les ruptures utérines au cours du travail: à propos de 21 cas observés au service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital National du Point « G ».

Dakar médicale. 1990 ; 35, 1 : 61 – 64.

34- ILOKI H, OKONGO D, EKOUNDZOLA J R.

Les ruptures utérines en milieu africain: 59 cas colligés au CHU de Brasaville. Jr gynécol obstet biol reprod. 1994 ; 23, 8: 922 – 925.

35- LANKOANDE J.

Ruptures utérines au cours du travail : à propos de 349 cas observés en 5 ans au C.H.U de Cocody. Mémoire de Certificat d'Etude Spéciale - Gynéco-Obstétrique, Année 1986 - 87.

FICHE D'ENQUETE

I

Fiche n: /.../.../...../

I- Identification de la patiente

Date d'entrée: /..../..../..../

Prénom(s) et nom :

Age :

Ethnie :

Résidence :

N° de téléphone :

Commune de :

Cercle de :

Statut matrimonial :

1 .mariée

2. célibataire

3. divorcée

4. veuve

Niveau d'étude : instruite : oui non

Si oui :

1. primaire

2. secondaire

3. supérieur

4. autres à préciser

Occupation :

1. ménagère

2. élevé/étudiant/diplôme sans emploi

3. salariée

4. commerçante

5. autres a précisé

II-Admission

Mode d'admission :

1. évacuée

2. référée

3. venue d'elle-même

Moyen de transport :

1. ambulance

2. transport en commun (taxi)

3. voiture personnelle

4. autres a précisé

Provenance

Distance parcourue :

Heure d'admission au centre ayant référé :

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

Horaire fixe de départ effectif :.....

Date et heure d'arrivé au centre.....

Délai d'admission (délai entre décision d'évacuation et d'admission aux CSREF).....

Délai de prise en charge.....

Motif d'évacuation :.....

Fiche de référence : 1.Oui 2. Non

Partogramme : 1. oui 2 non si oui : 1-1 Bien rempli 1-2 mal rempli

III-Antécédents :

Médicaux :.....

Chirurgicaux :

1. césarienne 1. Oui 2. Non

2. Myomectomie 1. Oui 2. Non

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

Obstétricaux :

Gestité :.....

Parité :.....

Nbre d'enfant vivant :.....

Intervalle inter génésique :.....

Nbre de césarienne :.....

Date de la dernière césarienne :.....

IV-Grossesse actuelle

AGE :.....SA

CPN

Nombre :...../...../...../

Qualification de l'auteur :.....

Lieu :.....

Bilan biologique obligatoire : 1. complet 2. Incomplet

Groupage : 1. fait 2. Non fait

V Travail

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

Déroulement du travail :

1. à domicile

2. au CSCOM

3. CS Réf

VI- Examen physique à l'entrée

Général :.....TA :.....T :POULS :.....Conjonctives :.....

Obstétrical :

HU :.....

Nbre de CU/10mn :.....

Variété de présentation :.....

BCF : 1. présents 2. Absents
 Bassin : 1. normal 2. Limite 3. Rétréci

VII- Examens para cliniques

GR taux Hb taux Hte 1. Oui 2. Non

VIII- Diagnostic de la R.U :

Diagnostic :

1. préopératoire
2. per opératoire
3. post opératoire

IX Lésions

Nature de rupture : 1. complète 2. Incomplète
Siège : 1. segmentaire 2. Corporeale 3. Segmento-corporeale
Lésions associées : 1. Oui 2. Non

X- Méthode de traitement

1. Raphie sans ligature tubaire
2. Raphie avec ligature tubaire
3. Hystérectomie

XI Mode d'accouchement :

1. Accouchement voie basse
2. laparotomie

XII Evolution :

Suites simples :

Complications :

1. Infection pariétale
2. Endométrite
3. Péritonite
4. Septicémie
5. Anémie
6. Phlébite
7. Décès
8. autres

Transfusion : oui non

Quantité prescrite :...../...../...../

Quantité reçue :...../...../...../

Nouveau-né :

Vivant.....

Mort-né : Frais..... Macéré.....

IX

ANNEXES

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : FANE

PRENOM : Kadiatou

TITRE DE LA THESE : Rupture utérine au centre de santé de référence de Bougouni : Aspects cliniques, thérapeutiques, et pronostic

ANNEE DE SOUTENANCE : 2014

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMOS

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie obstétrique

RESUME :

La rupture utérine constitue une des principales causes de mortalité maternelle et fœtale au Mali.

Durant ces 4ans d'étude nous avons enregistré 3154 accouchements dont 99 cas de rupture utérine (3,1%).

La fréquence de la rupture utérine est de 3,1 %. Les grandes multipares sont les plus affectées. En plus de la multiparité, la désunion de cicatrice de césarienne et la HU excessive sont les principaux facteurs de risques de cette complication de l'accouchement. L'hystérorraphie a été pratiquée dans 91,9 % des cas.

Les suites opératoires ont été simples dans 59,6 % des cas. Les létalités maternelle et fœtale sont respectivement de 2 % et de 83,9 %.

La rupture utérine est une urgence chirurgicale et son pronostic sera amélioré par une prévention efficace.

Mots clés : *Rupture utérine, facteurs de risque, pronostic materno-fœtal.*

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.

Admise 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 ou de classe ne viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si **j'y manque.**

Je le jure.