

**Université de Bamako**

**Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

**Année Universitaire 2005-2006**

**Thèse N°...../ 2006**

**TITRE :**

**FACTEURS DE RISQUE DE LA RUPTURE  
PREMATUREE DES MEMBRANES DANS LE  
SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU  
CENTRE DE SANTE DE REFERNCE DE LA  
COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO**

**Thèse présentée et soutenue publiquement le 30/08/ 2006  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-  
Stomatologie de l'Université de Bamako par Mme kadidiatou  
CISSE pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ÉTAT).**

**Jury :**

**Présidente : Pr SY Aïssata SOW**

**Membres : Dr Oumar Moussokoro TRAORE**

**Membre : Dr Seydou DOUMBIA**

## **ADMINISTRATION**

DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** – MAÎTRE DE CONFERENCES

SECRETARE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

## **PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie

## **LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**

### **D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

#### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Filifing SISSOKO  
Mr Sekou SIDIBE  
Mr Abdoulaye DIALLO  
Mr Tieman COULIBALY  
Mme TRAORE J. THOMAS  
Mr Mamadou L. DIOMBANA

Chirurgie Générale  
Orthopédie-Traumatologie  
Anesthésie-Réanimation  
Orthopédie-Traumatologie  
Ophtalmologie  
Stomatologie

#### **4. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE  
Mr Sadio YENA  
Mr Issa DIARRA  
Mr Youssouf COULIBALY  
Mr Samba Karim TIMBO  
Mme TOGOLA Fanta KONIPO  
Mr Zimogo Zié Sanogo

Gynéco-Obstétrique  
Chirurgie Générale  
Gynéco-Obstétrique  
Anesthésie-Réanimation  
ORL  
ORL  
Chirurgie Générale

#### **5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

Mr Nouhoum ONGOÏBA  
Mr Zanafon OUATTARA  
Mr Adama SANGARE  
Mr Sanoussi BAMANI  
Mr Doulaye SACKO  
Mr Ibrahim ALWATA  
Mr Lamine TRAORE  
Mr Mady MAKALOU  
Mr Aly TEMBELY  
Mr Niani MOUNKORO  
Mme Djénéba DOUMBIA  
Mr Tiémoko D. COULIBALY  
Mr Souleymane TOGORA  
Mr Mohamed KEITA  
Mr Bouraïma MAIGA

Anatomie & Chirurgie Générale  
Urologie  
Orthopédie- Traumatologie  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie - Traumatologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie/ Traumatologie  
Urologie  
Gynécologie/ Obstétrique  
Anesthésie / Réanimation  
Odontologie  
Odontologie  
ORL  
Gynécologie/ Obstétrique

### **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Daouda DIALLO  
Mr Siné BAYO  
Mr Amadou DIALLO  
Mr Moussa HARAMA  
Mr Ogobara DOUMBO  
Mr Yénimégué Albert DEMBELE  
Mr Anatole TOUNKARA  
Mr Bakary M. CISSE  
Mr Abdrahamane S. MAÏGA  
Mr Adama DIARRA  
Mr Massa SANOGO

Chimie Générale & Minérale  
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie  
Biologie  
Chimie Organique  
Parasitologie-Mycologie  
Chimie Organique  
Immunologie Chef de D.E.R.  
Biochimie  
Parasitologie  
Physiologie  
Chimie Analytique

#### **2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES AGREGÉS**

Mr Amadou TOURE  
Mr Flabou BOUGOUDOGO  
Mr Amagana DOLO

Histoembryologie  
Bactériologie – Virologie  
Parasitologie

#### **3. MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

Mr Mamadou KONE  
Mr Mahamadou CISSE  
Mr Sékou F. M. TRAORE  
Mr Abdoulaye DABO  
Mr Ibrahim I. MAÏGA

Physiologie  
Biologie  
Entomologie médicale  
Malacologie – Biologie Animale  
Bactériologie – Virologie

#### **4. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Abdrahamane TOUNKARA  
Mr Moussa Issa DIARRA  
Mr Kaourou DOUCOURE  
Mr Bouréma KOURIBA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Cheick Bougadari TRAORE  
Mr Lassana DOUMBIA  
Mr Mounirou BABY  
Mr Mahamadou A Théra

Biochimie  
Biophysique  
Biologie  
Immunologie  
Bactériologie/ Virologie  
Anatomie pathologie  
Chimie Organique  
Hématologie  
Parasitologie

#### **5. ASSISTANTS**

Mr Mangara M. BAGAYOKO  
Mr Guimogo DOLO  
Mr Abdoulaye TOURE  
Mr Djbril SANGARE  
Mr Mouctar DIALLO  
Mr Boubacar TRAORE  
Mr Bocary Y. SACKO

Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Biologie/ Parasitologie  
Immunologie  
Biochimie

### **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Abdoulaye Ag RHALY  
Mr Mamadou K. TOURE  
Mr Mahamane MAÏGA  
Mr Baba KOUMARE  
Mr Moussa TRAORE  
Mr Issa TRAORE  
Mr Mamadou M. KEITA  
Mr Hamar A. TRAORE  
Mr Dapa Aly DIALLO  
Mr Moussa Y. MAIGA  
Mr Somita KEITA

Médecine Interne  
Cardiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie **Chef de D.E.R.**  
Neurologie  
Radiologie  
Pédiatrie  
Médecine Interne  
Hématologie  
Gastro-entérologie Hépatologie  
Dermato-Léprologie

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Toumani SIDIBE  
Mr Bah KEITA  
Mr Boubacar DIALLO  
Mr Abdel Kader TRAORE  
Mr Siaka SIDIBE  
Mr Mamadou DEMBELE

Pédiatrie  
Pneumo-Phtisiologie  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Radiologie  
Médecine Interne

### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie

### 4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses

### 5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar Guinto	Neurologie

## D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique <b>Chef de D.E.R</b>

### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales

### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum Haidara  
Mr Elimane MARIKO  
Mr Alou KEITA

Législation  
Pharmacologie  
Galénique

#### 4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE  
Mr Ababacar I. MAÏGA  
Mr Yaya KANE  
Mme Rokia SANOGO

Chimie analytique  
Toxicologie  
Galénique  
Pharmacognosie

#### 5. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA  
Mr Ousmane KOITA

Législation  
Parasitologie Moléculaire

### D.E.R. SANTE PUBLIQUE

#### 1. PROFESSEURS

Mr Sidi Yaya SIMAGA  
Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique **Chef de D.E.R**  
Santé Publique

#### 2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAÏGA

Santé Publique

#### 3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE  
Mr Adama DIAWARA  
Mr Hamadoun SANGHO  
Mr Massambou SACKO  
Mr Alassane A. DICKO

Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique

#### 4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP  
Mr Seydou DOUMBIA  
Mr Oumar THIERO

Anthropologie Médicale  
Epidémiologie  
Bio-statistique

### CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA  
Mr Bouba DIARRA  
Mr Salikou SANOGO  
Mr Boubacar KANTE  
Mr Souleymane GUINDO  
Mme DEMBELE Sira DIARRA  
Mr Modibo DIARRA  
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA

Botanique  
Bactériologie  
Physique  
Galénique  
Gestion  
Mathématiques  
Nutrition  
Hygiène du Milieu

Mr Mahamadou TRAORE  
Mr Yaya COULIBALY  
Mr Lassine SIDIBE

Génétique  
Législation  
Chimie Organique

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA  
Pr. Babacar FAYE  
Pr. Eric PICHARD  
Pr. Mounirou CISSE  
Pr Amadou Papa Diop

Bromatologie  
Pharmacodynamie  
Pathologie Infectieuse  
Hydrologie  
Biochimie

# DEDICACE

\* A mon cher père Ousmane Dédé ou Cissé qui m'a appris à être èpucriste et surtout humaniste et a accepté les gens tels qu'ils sont.

Père par le jour, père par la nuit, vous avez ma reconnaissance éternelle

\*A ma mère Lobel Touré pour son affection qui me disait que pour réussir il faut accepter la souffrance.

\*A ma tante chérie Nia Traoré qui m'a prouvé qu'une mère n'est pas seulement celle qui met au monde un enfant.

\*A mon tonton, père et directeur d'école en retraite actuellement Lamine Diarra pour son soutien incalculable.

A vous tous, ceux qui ont cultivé en moi le sens profond du travail afin de rendre le travail plus libre et conscient.



## **LES REMERCIEMENTS**

Je remercie le tout puissant ALLAH de m'avoir donné la chance de réaliser ce travail.

Je remercie tous ceux ou celles qui ont cru en moi à tous ceux ou celles qui m'ont aidé de près ou de loin qu'ils soient vivants ou morts.

Mes remerciements vont également.

\*A mon cousin, grand frère et maître ; Hamadoun Garba Cissé, gynécologie –obstétrique à la clinique Lac Télé.

Votre qualité humaine, notre compétence, votre bien fait pour la réalisation de ce travail.

Veillez accepter l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

\*A mes grand pères

Particulièrement à Mahamane Saye pour ses bénédictions et son soutien depuis ma tendre enfance.

Que DIEU vous garde longtemps au près de moi pour récolter le fruit de votre semence.

\*A mes grand mères

Particulièrement à Aldiana , merci pour la bouillie pendant les gardes

\*A vous mon amour profond que DIEU vous bénisse

\*A mes oncles Aba alpha, Amadou, Harber, Fousseyni, Modibo, Abathina et leur famille respective pour les efforts fournis a mon égard.

\*A l'équipe de belote de mon père :

Oumar Coulibaly

Oumar Maiga  
Almoudou Cissé  
Amadou Traoré  
Amadou Diallo

Camara la liste est longue, merci pour leur collaboration fraternelle.

\*A mes tantes pour leur affection profonde

Niaboyra Traoré  
Niaboyro Amadou  
Amintou Dedeou Cissé  
Bibila Traoré et Adja Bourry

\*A mes frères

Boubacar Cissé pour ton respect a ma propre personnalité, pour ta disponibilité entière qu' ALLAH nous guide dans nos pas afin de pouvoir réaliser nos rêves.

Quant aux sœurs le chemin est long, quoi que vous fassiez où que vous soyez je serai toujours à vos cotés.

\*A ma petite sœur Fatoumata Cissé

Merci pour tes qualités qui font de toi la future femme africaine, courage pour le reste du trajet si épineux.

\*A toi Mahamane Alassane pour les déplacements effectués à ma faveur

\*Mes remerciements vont également aux cousins et cousines :

Ousmane, Badou ouologuem, Mahamane Ali, Urbain, Fanta ouologuem

Kadi dia, Bintou, Mah Fatouma ,Nia et à toutes leurs familles.

A vous mes meilleures pensées.

Merci pour votre soutien moral et physique que DIEU vous garde longtemps au près de moi

\*A mon maître de 6<sup>ème</sup> fondamentale Mr Kanta pour vos qualités d'enseignant.

\*A notre surveillante du lycée notre dame du Niger Léoni, vous avez mon affection profonde.

\*A mon cher ami Dr Tangara Bakary

Merci pour votre humanisme, tu m'as été non seulement un ami de lutte mais aussi un frère, un confidentiel de cycle universitaire et bonne chance pour la carrière professionnelle

\*A mon aîné co-chambrière, maman Mailé Kouaté, les mots me manquent pour vous remercier tant pour le soutien moral, physique que matériel

Que DIEU vous bénisse.

\*A mes co-chambrières et sœurs

Bintou Konaté ma sœur

Baye Samabaly

Maman Ouley Diallo

Leyla Maiga

Fatimata Magassa

A tous les autres sans oublier personne, pour votre bonne collaboration pendant les moments de souffrance sur la colline du savoir et celle du pouvoir.

Meilleures pensées et bonne carrière à vous.

\*A ma très chère Assétou Doumbia, copine, collègue que serais-je devenue pour la réalisation de ce travail sans toi. Mes meilleures pensées à toi et bonne chance pour le reste de la carrière.

\*A tous les personnels de l'ASA Baco-djicoroni ou j'ai effectué mon premier stage.

Merci à vous, tous ceux qui ont créé en moi une confiance et une intelligence humaine basée sur l'amour du travail.

Mes sentiments les profonds au major Modibo Traoré pour sa modestie et son respect envers l'autre.

A Mme Coulibaly Djénéba Diakité qui a renforcé mon amour pour le métier de médecine malgré son niveau d'infirmière obstétricienne

\*Mes sincères remerciements vont également à :

Dr zoumana Traore

Dr oumar Traoré

Dr Sissoko Sara

Dr Amadou Coulibaly

Dr Togo Abdramane à Tombouctou

Dr Mamadou Keita

Dr Eugène Cardiologue

Thiéro Daouda, Coulibaly Moussa, Chiaka et Dissa

Je vous remercie pour le sens du travail bien fait pour la qualité et le dévouement dans la formation des étudiants et pour votre soutien sans faille à la réalisation de ce travail et merci pour votre générosité, chers professeurs vous êtes immortels dans mes pensées.

\*Mes remerciements aux internes

En particulier à l'équipe de garde et coup de chapeau au responsable de l'équipe Naman Keita pour ses qualités, vous avez été exemplaire.

Comme souvenir je retiens les stress de la nuit et les angoisses quotidiennes du staff.

\*A tous les personnels du centre de santé de référence de la Commune V : sages femmes, les personnels du bloc opératoire, à la Salle d'Information.

A tous les personnels de l'ASACOSAB I

A la pédiatrie IV particulièrement à Mme Coulibaly Adizatou

- A la gastro-entérologie de l'Hôpital Gabriel Touré.

- Au département d'épidémiologie du Dr Doumbia Seydou en particulier à Dr Danaya, Boubacar Guindo et les autres.

N FIN

Mes remerciements vont a tous ceux qui m'ont aidé de ma première année fondamentale jusqu'à la réalisation de ce travail car disait Jean Jacques Rousseau (si l'homme naissait grand et fort sa taille et sa force lui seraient inutiles jusqu'à ce qu'il eut appris a s'en servir, abandonné à lui-même, il mourait de misère avant d'avoir connu ses besoins.

**HOMMAGE AUX MEMBRES DU  
JURY**

**A notre maître et présidente du jury**

**Pr. SY Aïssata SOW**

**Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique.  
Chef de service de gynécologie et d'obstétrique du  
centre de santé de référence de la commune II du  
district de Bamako.**

**Chargée de cours de gynécologie et d'obstétrique à la  
FMPOS.**

**La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider  
ce jury, nous est allée droit au cœur.**

**Femme de science réputée et admirée par tous ;**

**L'immensité de votre savoir, votre compétence, la clarté de  
votre enseignement votre humilité et surtout votre rigueur  
dans la démarche médicale font de vous une des plus belles  
fleures nationale et internationale.**

**Nous vous remercions de votre entière disponibilité ;**

**Chère mère, veuillez accepter l'expression de nos sentiments  
les plus respectueux.**

**Qu'ALLAH vous garde longtemps encore au près de nous.**

**A notre maître et juge**  
**Docteur Oumar Moussokoro TRAORE**

**Spécialiste en gynécologie obstétrique**

**Praticien dans le service de gynécologie –obstétrique  
du Centre de santé de Référence de la commune V.**

**Grand fut notre honneur lorsque vous avez accepté de  
diriger ce travail.**

**Votre abord facile, votre disponibilité malgré vos multiples  
occupations ; votre esprit de formateur et surtout vos  
qualités humaines font de vous un des plus beaux fleurons  
de la gynécologie et d'obstétrique.**



**A notre maître et juge  
Dr Seydou Doumbia**

Docteur Spécialiste en santé publique.

Titulaire d'un PhD (Docteur of philosophie)  
épidémiologie ;

Assistant en santé publique à la faculté.

Chef de l'unité d'épidémiologie et du système  
d'information géographique au Malaria research and  
training center de la FMPOS.

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

**Nous sommes très touchés par votre abord facile pour diriger  
les premiers pas de ce travail.**

**Votre énorme expérience en épidémiologie fait de vous une  
personne d'importance capitale dans ce jury.**

**Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude.**

**A notre maître et directeur de thèse**

**Pr. Mamadou TRAORE**

- **Professeur agrégé de gynécologie et d'obstétrique.**
- **Secrétaire général adjoint de la Société Africaine de gynécologie et d'obstétrique (S.A.G.O).**
- **Membre du réseau malien de la lutte contre la mortalité maternelle.**
- **Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.**
- **Chef de service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako**

**Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service.**

**Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.**

**Après vos cours bien éloges et élégants en amphithéâtre ;  
Votre service nous a permis de faire nos premières armes en gynécologie obstétrique.**

**Nous avons admiré vos qualités humaines, votre modestie votre courtoisie et surtout votre combat de tous les jours dans la lutte contre la mortalité maternelle et foétale**

**Veillez accepter cher maître, toute notre reconnaissance.**

**Qu'ALLAH le tout puissant vous donne une longue vie.**

## Abréviations

- RPM** : Rupture prématurée des membranes
- SA** : Semaine d'aménorrhée
- CU** : Contractions utérines
- BDCF** : Bruit du cœur foetal
- LA** : Liquide amniotique
- P V** : Prélèvement vaginal
- ECBU** : Examen cyto bactériologique des urines
- DAO** : Diamine oxydase
- CRP** : Protéine C réactive
- SFA** : Souffrance foetale aiguë
- BGR** : bassin généralement rétréci
- CSRéf CV** : Centre de santé de référence de la commune V
- CPN** : Consultation prénatale
- PP** : Placenta praevia
- IVG** : Interruption volontaire de grossesse
- HRP** : Hématome retro-placentaire
- OMS** : **Organisation** mondiale de la santé
- HTA** : Hypertension artérielle
- EDS** : Enquête démographique de santé
- CHU** : Centre hospitalier universitaire
- L'IEC** : Information, éducation, communication
- L'HNGT** : Hôpital national Gabriel TOURE
- L'HNPG** : Hôpital national point G
- Le TV** : Toucher vaginal
- La L/S** : lécithine sur sphingomyéline
- FMPOS** : Faculté de Médecine Pharmacie d'Odonto – Stomatologie

# SOMMAIRE

<b>I INTRODUCTION</b>	<b>1-3</b>
<b>II OBJECTIFS</b>	<b>4</b>
<b>III GENERALITES</b>	<b>5-24</b>
<b>IV METHODOLOGIE</b>	<b>25-29</b>
<b>V RESULTATS</b>	<b>30-52</b>
<b>VI COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b>	<b>53-73</b>
<b>VII CONCLUSION</b>	<b>74</b>
<b>VIII RECOMMANDATIONS</b>	<b>75-76</b>
<b>IX REFERENCES</b>	
<b>X ANNEXES</b>	

# **INTRODUCTION**

La grossesse est un état physiologique, qui dans les conditions normales évolue spontanément vers un accouchement normal par la voie naturelle.

Cependant des facteurs pathologiques peuvent entraver le cours normal de la grossesse et contrecarrer le pronostic fœtal et ou maternel.

La rupture prématurée des membranes (RPM) est un des accidents qui peuvent perturber l'évolution d'une grossesse normale.

La RPM est l'ouverture de l'œuf pendant la grossesse avant tout début du travail. Cette pathologie se rencontre dans 5 à 10% des grossesses [10].

Selon Merger R [34], elle est de 3 à 10 %. La RPM a des conséquences graves à cause du risque de prématurité, d'infection ou de procidence du cordon et même souvent de maladie thromboembolique.

Au Mali deux études ont été réalisées sur la RPM :

-La thèse de Traoré A L [53] qui a trouvé une fréquence de 2,70%.

-La thèse de Keita M A [27], au centre de santé de référence de la commune V avec une fréquence de 0,99%.

Le diagnostic de RPM est facile dans la majorité des cas et repose sur la mise en évidence d'un écoulement liquidien abondant, clair par le vagin abondant et continu exacerbé par le changement de position de la gestante ou la mobilisation de la présentation. Cependant souvent les difficultés diagnostiques s'imposent. Il faut faire recours à des examens complémentaires.

Les causes de RPM se répartissent en 2 groupes selon Merger R [34] :

- Les causes mécaniques (sur distensions utérines, anomalies obstétricales maternelles ou fœtales).
- Les causes par altérations des membranes (surtout les causes infectieuses).

Les facteurs de risques sont nombreux dans la littérature :

- Facteurs personnels et constitutionnels : l'âge, la parité, les conditions socio-économiques, les antécédents pathologiques la carence en vitamine C, la maladie de collagène.
- Facteurs traumatiques : la cordocentèse, amniocentèse,
- Facteurs utérins et ovulaires : la malformation utérine, grossesse multiple, macrosomie.
- Facteurs infectieux : les infections urogénitales qui sont les plus fréquentes des causes de la RPM selon beaucoup d'auteurs avec une fréquence de 40,9% selon Traoré A L [53], 32,9% selon Andriamdy [3]. Le même auteur( Andriamdy [3] )a trouvé 26% d'infection urinaire chez ces cas et 6% chez les témoins (sans rupture prématurée des membranes dans une étude).

Le pronostic maternel est le plus souvent bon. Les décès maternels sont exceptionnels, dus à des complications infectieuses et hémorragiques sévères [3]. Le pronostic fœtal est conditionné à l'âge gestationnel aux pathologies associées à la grossesse et au mode d'accouchement. Le taux de mortalité fœtale est estimé à 3% selon Merger R [34]. Au Mali la rupture prématurée des membranes reste encore une pathologie fréquente au cours de la grossesse. La morbidité materno- fœtale liée à la RPM est estimée entre 1 à 15% Keita M A [27].

La conduite à tenir face à cette pathologie, n'est pas univoque. La majorité des auteurs sont d'accord sur la prévention des complications de la prématurité (la corticothérapie) [49, 5, 3,31].

L'antibiothérapie systématique est discutée [31,55].

Le délai d'attente d'un déclenchement spontané est variable selon les auteurs ; il est de 12 à 72heures [3,34] dicté par les risques d'infection ovulaires.

Le risque infectieux est déterminé par la durée de la rupture.

Il n'y a pas eu d'études sur les facteurs de risque de la RPM dans notre service en particulier. C'est pour combler ce vide que nous avons initié ce travail qui se fixe comme objectifs :



# **OBJECTIFS**

### **1- Objectif général :**

Etudier les facteurs de risque de la RPM au service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

### **2- Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de la rupture prématurée des membranes.
- Déterminer les caractéristiques socio-démographiques des cas et des témoins.
- Identifier les facteurs de risque de la rupture prématurée des membranes.
- Evaluer le pronostic materno-foetal immédiat des cas et des témoins
- proposer des recommandations pour une prise en charge correcte des femmes enceintes.

# **GENERALITES**

## **1. Définition :**

La rupture prématurée des membranes est la rupture franche de l'amnios et du chorion se produisant avant le début du travail avec une période de latence variable. Cette période de latence est d'au moins une heure jusqu' à 12 heures selon Merger R [34]. Elle est variable, selon les auteurs, elle est :

- Audra JC [5] trouve 1 heure, 12 heures, ou 24 heures avec une tendance vers un consensus de 12 heures.

- Boog, G [10], Dellenbach P [19], Pons Jean C [4], ont noté 1 heures à 12 heures au minimum.

C'est un accident fréquent qui s'observe dans 3 - 10% des grossesses. Il faut rappeler que si l'âge gestationnel a une importance fondamentale pour le pronostic et dans la conduite à tenir, il n'intervient pas dans la définition Dellenbach P [19].

La détresse respiratoire néonatale reste la complication la plus redoutable de ces grossesses, liée à l'accouchement prématuré. On rencontre aussi l'infection néonatale. Le risque maternel est minime : il s'agit de chorioamniotite, endométrite et parfois des accidents thromboemboliques.

La rupture avant le terme surtout entre 28 à 37 SA constitue une préoccupation majeure devant la quelle la meilleure décision à prendre et au bon moment reste difficile pour le praticien. Ce dernier ayant pour but de sauver l'enfant en minimisant ou même en annulant les risques liés à la prématurité et de prévenir les complications infectieuses maternelles.

## **2. Physiologie du liquide amniotique.**

### **2.1. Formation du liquide amniotique (LA) : Keita M A [27]**

Le liquide amniotique a 3 origines :

- Origine fœtale : l'origine est surtout urinaire et épidermique surtout.
- Origine maternelle : la formation se fait par transsudation.
- Origine amniotique : le liquide amniotique est aussi sécrété par l'amnios (l'épithélium).

Le fœtus est entouré de LA et participe de ce fait à sa constitution par l'intermédiaire des sécrétions urinaires (jusqu'à 20 SA) et par l'intermédiaire des conditions mettant en communication directe, les arbres pulmonaire digestif avec la cavité amniotique.

### **2.2. Le volume du liquide amniotique :**

Terme de grossesse (SA)	Volume moyen (ml)
7	20
10	30
12	60
14	100
16	140
20	350
25-26	670
32-36	980
40	840
42	540

*Volume du liquide amniotique évalué par l'index amniotique d'après  
Queennan JT· Lansac J [31]*

### **2.3. Composition du liquide amniotique :**

L'eau constitue 98 à 99% du liquide amniotique (LA) et les substances biologiques 1 à 2 %. Sa composition diffère selon qu'on se trouve entre 0 à 20 SA ou entre 20 à 40 semaines.

Avant 20 SA : c'est surtout une expansion du liquide extra cellulaire du fœtus liée à la perméabilité de la peau qui disparaît vers 20 SA d'après Merger.R [34].

Après 20 SA : la provenance du liquide amniotique est surtout rénale. Au cours du dernier trimestre les sécrétions pulmonaires s'y associent. Il y a une augmentation de la concentration de l'urée, de la créatinine, de l'acide urique et une diminution de la concentration du glucose et de l'os molarité.

Il existe également des hormones dans le liquide amniotique dont deux sont intéressantes pour la surveillance du fœtus : l'œstriol et l'hormone chorionique somatotrophine ou hormone lactogène placentaire.

La bilirubine permet d'évaluer la fonction hépatique. Quand au rapport lécithine sur sphingomyéline (L/S) des phospholipides, il permet d'évaluer la maturation pulmonaire Merger R [34].

L'alphafoeto–protéine est une glycoprotéine formée dans le foie et dans la vésicule biliaire.

### **2.4. Etude cytologique :**

L'évolution de la composition du liquide amniotique permet de mettre en évidence des cellules épidermiques desquamées, des poils du lanugo et des fragments de matières sébacées qui forment les grumeaux blanchâtres. On peut également observer des cellules épithéliales provenant de l'arbre urinaire fœtal et du vagin lorsque le fœtus est du sexe féminin.

La culture de cellule fœtale permet son étude génétique. On peut dès le 3<sup>e</sup> mois de la grossesse établir le caryotype, déterminer le sexe et identifier certaines anomalies chromosomiques éventuelles.

### **2.5. Les échanges :**

Ils sont représentés essentiellement par l'eau et se font entre les secteurs : fœtal, liquide amniotique et maternel. La quantité est environ 460ml/h et 10 à 12 litres par 24 heures.

Les constituants biochimiques fœtaux sont : la bilirubine, l' ACTH, les alpha fœto- protéines. Ils permettent des dosages quantitatifs utilisables en clinique. Les constituants maternels se trouvent à des taux infimes confirmant donc la réalité très faible du passage trans-membranaire Traoré A L [53].

### **2.6. La résorption du liquide amniotique**

Cette résorption se fait par 2 voies :

- La voie fœtale : par voie cutanée, le cordon ombilical et surtout par déglutition pour atteindre 800ml/24 heures. Il traverse la barrière placentaire, empreinte la circulation maternelle et pour être éliminer par les reins.

- L'épithélium amniotique : il s'agit d'un processus de résorption active pour certaines substances comme l'eau et les glucides.

Au total : la voie de résorption est soit directe à travers les membranes ovulaires.

Soit indirecte par l'intermédiaire du fœtus

Son renouvellement du liquide amniotique se fait en 3 heures. Sa circulation est contrôlée par un mécanisme mal connu Merger R [34].

**2.7. La régulation du liquide amniotique :** elle est assurée par les entrées et les sorties.

Cette régulation est perturbée lorsqu'il existe une anomalie foetale entraînant un déséquilibre entre les entrées et les sorties foetales du L A. soit par défaut réalisant un oligo amnios soit par excès conduisant à un hydramnios.

L'oligoamnios est toujours associé à une pathologie rénale grave entraînant une diminution voire une absence de miction (agénésie rénale syndrome de potter, reins poly kystiques congénitaux, uropathies obstructives).

L'hydramnios est souvent rencontré dans les malformations foetales : atrésie de l'oesophage, sténose duodénale, omphalocèle, laparoschisis.

### **3. Physiopathologie du liquide amniotique**

Le sac amniotique est constitué par 2 membranes ; l'amnios et le chorion. Le chorion est externe, l'amnios est interne.

#### **3.1 Condition anatomique et structurale :** Pons J C [40]

L'amnios est une membrane de 0,2 à 0,5 millimètre, d'épaisseur qui repose sur un tissu conjonctif dense très riche en collagène. Cette membrane chorioamniotique possède des propriétés dynamiques caractéristiques des membranes viscoélastiques. La zone de rupture se situe souvent juste au dessus du col (endroit fragile de nature) mais sa localisation peut être variable.

#### **3.2 Mécanisme de la rupture :** Pons JC [40]

Plusieurs mécanismes sont décrits, ce qui fait la difficulté du problème

a) L'augmentation des pressions internes de l'utérus (hydramnios) et externe (traumatismes).



b) Les modifications des constituants des membranes : le collagène qui a un rôle mal défini.

Cette modification entraîne un passage hydro électrolytique accru à travers les membranes provoquant une altération des propriétés visco-élastiques ; ce qui favoriserait la rupture.

**c) L'infection** : Au cours de laquelle les bactéries provoquent la libération des enzymes lysosomiales qui ont un effet toxique sur les membranes (en particulier l'élastase qui détruit le collagène de l'amnios). Il y a une augmentation de l'activité phospholipasique entraînant une synthèse accrue des prostaglandines et conduit au démarrage du travail. Une alcalinisation du PH vaginal qui serait inférieur à 4,5 et la libération par les cellules infectées de *tumor necrosis-factor*, d'interféron, aussi que l'interleukine 1 et 2 qui pourraient servir de marqueur précoce de l'infection materno fœtale. Dans tous les cas théoriquement la pression intra-utérine nécessaire à la rupture des membranes est de 100 mm de mercure Lansac J [31]. Il y a une augmentation du taux de prolactinémie maternelle pour la perméabilité pulmonaire.

## **4 Clinique**

### **4.1 L'interrogatoire :**

Pendant cette phase, la parturiente rapporte avoir perdu les eaux de façon spontanée associée ou non à des contractions utérines douloureuses.

Les circonstances de survenue (spontanée, provoquée, traumatique)

Les antécédents : médico-chirurgicaux, gynécologiques, infectieux, obstétricaux).

L'évolution de la grossesse en cours (la date des dernières règles, âge gestationnel, maladies intercurrentes, mouvements actifs fœtaux).

## **4.2 Examen physique :** (examen gynécologique)

**4.2.1 -L'inspection :** on a un écoulement liquidien minime ou abondant à travers l'orifice vulvaire mouillant ainsi les garnitures .On note souvent des particules de vernix caséosa ou de méconium.

La conséquence de la perte des eaux entraîne une diminution de la hauteur utérine. L'écoulement peut être aussi objectivé par certaines manœuvres.

**4.2.2 La palpation :** nous apprécions :

- La hauteur utérine,
- Les pôles fœtaux si possible,
- Les contractions utérines.

**Le signe de Bonnaire :** la pression du fond utérin provoque un écoulement liquidien par la vulve.

**4.2.3 L'auscultation :** nous cherchons les bruits du cœur fœtal si possible, à la recherche d'une éventuelle modification de ceux -ci (tachycardie ou bradycardie )qui oriente vers une souffrance fœtale aiguë nécessitant une prise en charge rapide et adéquate

**4.2.4 L'examen au spéculum :** permet de visualiser l'écoulement liquidien provenant de l'endocol (liquide amniotique).

Il recherche aussi la pathologie cervicale (cervicite) ou vaginale (vaginite) et la présence de leucorrhée (aspect, odeur, quantité) pathologique.

**4.2.5 Le toucher vaginal :** (TV) : qui doit être pratiqué avec des précautions d'asepsie toutes particulières : une toilette vulvaire, les gants stériles.

-Le Tv appréciera :

-Le col dans sa position, sa longueur, sa dilatation, sa consistance,

-La nature présentation foetale qui d'établir,

-Le score BISHOP,

-Le bassin maternel,

**Le signe de Tarnier** : au toucher vaginal (TV) le refoulement discret de la présentation provoque une exacerbation de l'écoulement de LA, et recherche une éventuelle procidence du cordon battant.

En plus un examen clinique complet sera effectué et concernant les autres appareils, en appréciant l'état général, les conjonctives, la tension artérielle et surtout la température ceux-ci pouvant nous orienter vers les pathologies associées ou causales. L'amnioscopie distingue la rupture basse de la rupture haute.

Dans notre contexte le diagnostic positif est posé essentiellement sur l'examen clinique complet se résumant à un écoulement d'apparition brutale liquidien abondant (300ml environ) qui va continuer en permanence. L'examen au spéculum et à la positivité de la manœuvre de Faraboeuf permettent de confirmer le diagnostic.

## **5 Examens complémentaires** : [31, 34,27]

Les examens complémentaires décrits dans la littérature sont nombreux

**5.1 Test de cristallisation** : Il est non fiable quand l'écoulement est minime ou tâché de sang.

**5.2 Méthode calorimétrique** : Il est basé sur la détermination du PH vaginal, mais perd sa valeur si la rupture est ancienne ou si un traitement antibiotique est déjà en cours.

**5.3 Cytologie de l'écoulement** : coloration de *Harrischor* (bleue de méthylène). Cet examen devient inefficace si la rupture a eu lieu vers 32 SA.

**5.4 Test de fluorescence** : C'est une méthode invasive

**5.5 Test à la DAO (Diamine Oxydase)** : actuellement le meilleur.

Le liquide à tester est recueilli sur une bandelette de papier *What Mann* introduite entre deux doigts non lubrifiés dans le vagin en évitant de l'appliquer au contact direct du col. Le papier est retiré au

bout d'une minute et adressé au laboratoire de biochimie qui extrait le liquide absorbé pour élution.

C'est dans cet éluât que la diamine oxydase (qui est synthétisée) par le placenta dès la 20<sup>e</sup> SA peut être dosée par méthode radio isotopique. Le résultat peut être obtenu en 2 heures. Le taux de positivité est de 40 micro par millilitre, la méthode est exacte dans près de 90% des cas, *Lansac J* [31].

#### **5.6 Dosage de l'hormone placentaire lactogène.**

#### **5.7 Dosage immuno-enzymatique alphafoeto protéine**

#### **5.8 Dosage de la prolactine**

**5.9 Test à la nitrazine :** c'est l'étude du pH cervical par une méthode calorimétrique sur bandelette.

**5.10 Test à la fibronectine :** permet d'évaluer aussi le risque d'accouchement prématuré.

La plupart de ces examens complémentaires étant sophistiqués, ils coûtent chers et ne sont souvent pas disponibles dans nos laboratoires. C'est pourquoi notre bilan est essentiellement infectieux à la recherche d'étiologie (goutte épaisse, examen cyto bactériologique des urines (ECBU), le prélèvement vaginal (PV).

**5.11 L'échographie obstétricale :** C'est la plus facile à réaliser et la plus disponible, car pouvant être faite à tout moment par rapport aux autres examens complémentaires. Elle permet d'apprécier le volume du liquide amniotique, la vitalité fœtale et pour nous orienter aussi en cas de malformation fœtale.

## **6. Diagnostic différentiel**

### **6.1 L'Hydorrhée :**

L'écoulement est moins abondant, plus rosé. Au spéculum on objective un écoulement d'origine endo cervical, mais il existe une languette de la déciduale blanchâtre qui apparaît dans l'orifice.

### **6.2 L'écoulement du liquide d'une poche amniochoriale :**

Il s'agit d'une poche de liquide clair entre l'amnios et le chorion, qui s'évacue d'un seul coup.

### **6.3 Leucorrhées abondantes :**

Caractérisées par leur aspect, leur odeur et souvent avec des signes d'accompagnement tels que le prurit vulvo-vaginal, la dysurie.

### **6.4. L'incontinence urinaire :**

La station debout et à l'effort qui expliquent la pression de l'utérus sur la vessie. L'odeur de la garniture fera le diagnostic différentiel.

## **7. Facteurs favorisants et étiologiques :**

Dans la littérature, de nombreux facteurs de risque de rupture prématurée des membranes sont cités:

### **7. 1. Les facteurs personnels :** Lansac J<sup>[31]</sup>

- L'âge maternel : la RPM est plus fréquente chez la femme âgée.
- la parité : la RPM est aussi fréquente chez les multipares.
- Elle est aussi fréquente :
- Chez les femmes de bas niveau socio-économique,
- Certaines professions : secrétaire.
- Le déficit en vitamine C <sup>[5,19]</sup>.
- Les femmes présentant les maladies du collagène (le syndrome d'Hlers Danlos).
- Les femmes avec des antécédents gynéco obstétricaux comme :  
l'avortement ou accouchement prématuré, utérus cicatriciel,  
Andriamady <sup>[3]</sup>

- le tabagisme maternel, Boog G [10]

**7.2. Les facteurs traumatiques** : Ils peuvent être:

-Iatrogènes : au cours d'une biopsie de trophoblaste, une ponction du cordon, une amniocentèse et différents gestes à visée thérapeutique (pendant un cerclage, l'amnioscopie, les touchers vaginaux répétés).

-Physiologiques : contractions utérines de Braxton Hicks, les mouvements actifs fœtaux (MAF)

**7.3 Facteurs utérins** : On peut citer :

- La béance cervico-isthmique : la paroi utérine au niveau de l'orifice interne du col n'est plus en contact avec les membranes de telle sorte que le seuil tensionnel de rupture diminue et aboutit à une augmentation du risque infectieux et entraîne la rupture.

- Fibrome : contribue à une rupture prématurée des membranes par une mauvaise accommodation du fœtus.

**7.4 Facteurs infectieux** : On a surtout l'infection urinaire qui est fréquente au troisième trimestre de la grossesse selon la thèse de Togo A [51].

Les infections cervico-vaginales pourraient entraîner une chorioamniotite localisée (infection ovulaire) [36].

Les germes en cause sont Escherichia coli, streptocoque du groupe B gonocoque bactéroïdes, Trichomonas intestinales ou vaginalis, gardnerella vaginalis, uréaplasma urealyticum et hominis, chlamydia et mycoplasmes.

La grossesse comme tout état de baisse de l'immunité naturelle.

Les facteurs entraînant les infections :

Touchers vaginaux répétés, fil de cerclage (comme corps étranger) diabète, grossesse sur stérilet, les gestes endo- utérins. L'infection survient soit par voie ascendante (endo cervicale) soit par voie vaginale.

**7.5 Les facteurs ovulaires :** Merger R [34] ils impliquent la surdistension utérine (hydramnios, grossesse multiple, macrosomie), les présentations irrégulières, le placenta praevia, l'insertion basse du cordon, des métrorragies du premier trimestre. Tous ces facteurs se ramènent à deux mécanismes.

- une anomalie localisée de la structure membranaire au niveau du site de la rupture.

- Une augmentation du tonus utérin qui fait céder les membranes à l'endroit où elles présentent une fragilisation.

**Les facteurs de risque selon d'autres auteurs :**

\* **Andriamady** [3] a trouvé 32,9 % d'infections génitales.

- Les antécédents gynécologiques obstétricaux : avortement ou accouchement prématuré ou utérus cicatriciel 49,2%

- Une malformation utérine

- Un placenta praviae + utérus cicatriciel

- L'hydramnios

- Les présentations dystociques

- La surdistension utérine

- Les infections urogénitales : 32,9%

- Des notions de massage sur l'abdomen : 19,3%

La grossesse a été mal ou non surveillée dans 60,2% selon cette étude

Les causes des RPM ont été dominées par les infections des voies génitales (31,9) prédominantes comme dans la nôtre, la surdistension utérine : 180 cas, suivie de l'insertion basse du placenta et utérus cicatriciel : 64 cas, puis la disproportion foeto-pelvienne : 51 cas et par la présentation dystocique : 48 cas.

\* **Boog G** [10].

Les facteurs de risque de la RPM D'après **ALLEN** (1991). Entre parenthèse se trouvent les facteurs à confirmer

<b>EVITABLES</b>	<b>NON EVITABLES</b>
cervico- vaginite (x2 à x3)	Antécédents de RPM ou d'accouchement prématuré
Béance cervicale	
Tabagisme	Hémorragies après le premier trimestre
Diagnostic prénatal * choriocentèses * Amniocentèse * Cordocentèse	Pathologie placentaire . Placenta previa . hématome retro-placentaire . insertion marginale du cordon
(Coït)	Chirurgie cervicale (x1, 9)
(Déficit en vitamine C, zinc, cuivre)	Maladie d'Ehlers-Danlos5 (83%)
(Touchers vaginaux)	Sexe fœtal masculin (1,9)

\* **Mirlesse V** [36] a trouvé les facteurs de risque de rupture prématurée des membranes suivants :

- Les accouchements prématurés
- La rupture prématurée des membranes
- La conisation du col de l'utérus
- Le cerclage du col utérin
- Les malformations utérines
- La béance cervicale



**Antécédents :**

- Au cours de la grossesse
- Les situations sociales défavorisées
- La grossesse multiple
- Les métrorragies en cours de grossesse
- Le décollement placentaire
- Les infections cervico-vaginales
- Les gestes invasifs en début de grossesse (amniocentèse, biopsie trophoblaste, interruption sélective de grossesse)

Le tabagisme.

Les facteurs de risque les plus incriminés étaient: l'infection et les causes mécaniques [48].

**8. Conséquences de la rupture prématurée des membranes:**

Dans la moitié des cas environ la rupture prématurée des membranes est sans conséquences fâcheuses car elle survient à terme et précédé de quelques heures seulement la survenue du travail. Les conséquences sont de 2 ordres : [26]

- la prématurité si on est encore loin du terme,
- l'infection, le risque d'infection est plus élevé si le délai de rupture des membranes est plus long et si une infection locale est à l'origine de la RPM.

En cas de RPM entre 24-34SA, l'âge gestationnel et l'état hémodynamique à la naissance sont les facteurs les mieux corrélés à la survenue des complications neurologiques selon MARRET H et al [32].

**8.1 Les conséquences fœtales :**

8.1.1 .La prématurité et la détresse respiratoire d'autant moins sévère que l'accouchement se produit plus de 72 heures après la rupture. Cette diminution du taux de pathologie respiratoire

s'expliquerait par le fait de l'élévation de la cortisolemie foetale provoquée par le stress de la rupture Lansac J [31].

**8.1.2 L'infection des enfants :** (7%) des cas, Lansac J [31].

La fréquence des infections est plus élevée Lansac J [31] si :

- la rupture se produit avant 36 SA
- la rupture est prolongée plus de 48 heures
- la rupture fait suite à une infection cervico- vaginale
- les manœuvres par voie basse sont réalisées.

**8.1.3 L'oligoamnios :** est la 3ème grande complication surtout dans les RPM avant 32 SA Pons J [40]

**8.1.4 La procidence du cordon** peut survenir après une RPM

8.1.5 Les présentations irrégulières sont plus fréquentes avec la RPM.

## **8.2 Les conséquences Maternelles**

La RPM constitue l'indication la plus fréquente du déclenchement artificiel du travail d'accouchement avec 44,3 Touko Siani P G. [52].

Les dystocies sont fréquentes. Les indications de césariennes représentent 47% des cas de déclenchement du travail après 37 SA pour dystocie dynamique, 33% t pour souffrance foetale aiguë en cas de travail spontané.

Les infections puerpérales graves surviennent dans 20% des cas (endométrite).

Les conséquences materno- foetales sont dues à l'imminence de l'accouchement généralement quelque soit l'âge de la grossesse et le risque infectieux.

## **9. Le Pronostic :**

### **9.1 Le pronostic maternel**

Hormis les cas exceptionnels d'infection amniotique, le pronostic maternel est bon. La morbidité des suites de couches est plus élevée à cause des endométrites fréquentes (2,5%) Merger R [34], la synéchie utérine, la stérilité secondaire tubaire (séquelle de salpingites)

### **9.2 Le pronostic fœtal**

La mortalité périnatale liée essentiellement à la prématurité et à l'infection est augmentée atteignant 3% selon Keita M A [27]. La morbidité infectieuse reste une préoccupation majeure qui influence la conduite à tenir. Nous rappellerons que l'ouverture des membranes accélère au bout d'un certain temps la maturation pulmonaire du fœtus prématuré.

## **10. Conduite à tenir devant la rupture prématurée des membranes**

### **10.1 Traitement préventif et prophylactique :**

Le risque de récurrence de la RPM atteint 21%

La prévention repose sur la suppression du tabac ,sur une évaluation nutritionnelle et une supplémentation en vitamine, mais surtout sur la recherche systématique dès la 24-26 SA d'une infection vaginale à traiter rapidement<sup>[10]</sup>

### **10.2 Traitement curatif :**

Quelque soit l'âge de la grossesse, le diagnostic de rupture des membranes impose l'hospitalisation .Au cours de celle-ci sera effectué le bilan suivant et une adaptation de certaines mesures hygiéniques :

#### **10.2.1 Mesures hygièno diététiques :**

- Hospitalisation +++
- Repos au lit si possible en position de Trendelenburg
- Proscrire des touchers vaginaux intempestifs
- Préconiser le port de garnitures stériles

### **10.2.2 Bilan maternel :**

- Dosage de protéine C réactive (CRP),
- Hémoculture, ECBU, PV, Prélèvement de l'endo col +culture
- Numération formule sanguine (NFS)

### **10.2.3 Bilan fœtal :**

- Surveillance de la vitalité fœtale
- Echographie : pour la biométrie fœtale, la recherche d'une malformation, la quantité de L A, l'insertion du placenta.
- NFS.

Tous ces examens doivent être faits toutes les 48 heures si possible.

#### **- Surveillance des éléments suivants :**

- \* La température : matin et soir
- \* Les bruits du cœur foetal : matin et soir, l'enregistrement du rythme cardiaque est mieux si on dispose d'un cardiotocographe.
- \* Contractions utérines, mouvements actifs fœtaux : matin et soir
- \* La couleur, l'odeur du liquide amniotique : matin et soir à inspecter et sentir
- \* Recherche d'une éventuelle procidence du cordon surtout (inspection)

### **10.2.4 Conduite à tenir obstétricale**

Les éléments de décision sont : âge gestationnel, la durée de la RPM, la présence ou non d'infection, état du fœtus, score de Bishop, les conditions gynécologiques et obstétricales de la mère.

#### **10. 2.4.1 En absence d'infection amniotique patente :**

##### **-Avant 28 semaines d'aménorrhée (SA)**

Si la patiente entre en travail laisser l'expulsion se faire (avortement)

Si non laisser la grossesse évoluée après avoir donné toutes les informations nécessaires au couple sur le pronostic fœtal et maternel.

\* La corticothérapie n'est pas nécessaire.

\* Il faut organiser un transfert in utero dans une maternité de niveau III, ceci n'est toujours nécessaire dans notre contexte.

**-De 28-34 semaines d'aménorrhée :**

Il faut faire une tocolyse s'il existe des contractions utérines et en absence de SFA.

Il faut aussi faire une corticothérapie pour la maturation pulmonaire fœtale.

Le transfert in utero dans une maternité de niveau III doit être organisé.

En cas de souffrance fœtale aiguë (SFA) il faut faire l'accouchement le plus vite que possible.

**- A partir de 34 semaines d'aménorrhée et plus**

On laisse la patiente accouchée si elle entre en travail.

Dans le cas contraire, on déclenche le travail dans les 48-72 heures qui suivent la rupture si les conditions obstétricales le permettent sinon une césarienne s'impose.

**10.2. 4.2 En cas d'infection :**

Quelque soit l'âge de la grossesse, on fera une antibiothérapie avec des molécules à large spectre.

L'apparition d'une chorioamniotite impose l'accouchement immédiat.

**Avant 28 semaines d'aménorrhée laisser l'expulsion se faire**

**De 28-34 semaines d'aménorrhée :**

Il faut faire une antibiothérapie, puis une corticothérapie plus tard.

Il faut organiser un transfert in utero.

**Après 34 semaines d'aménorrhée :**

Il faut une antibiothérapie.

Il faut extraire le fœtus le plutôt que possible.

Le nouveau né sera toujours adressé à un service de néonatalogie pour une prise en charge d'éventuelle infection et ou une prématurité.

Si non dans certains cas le transfert utero sera l'idéal.

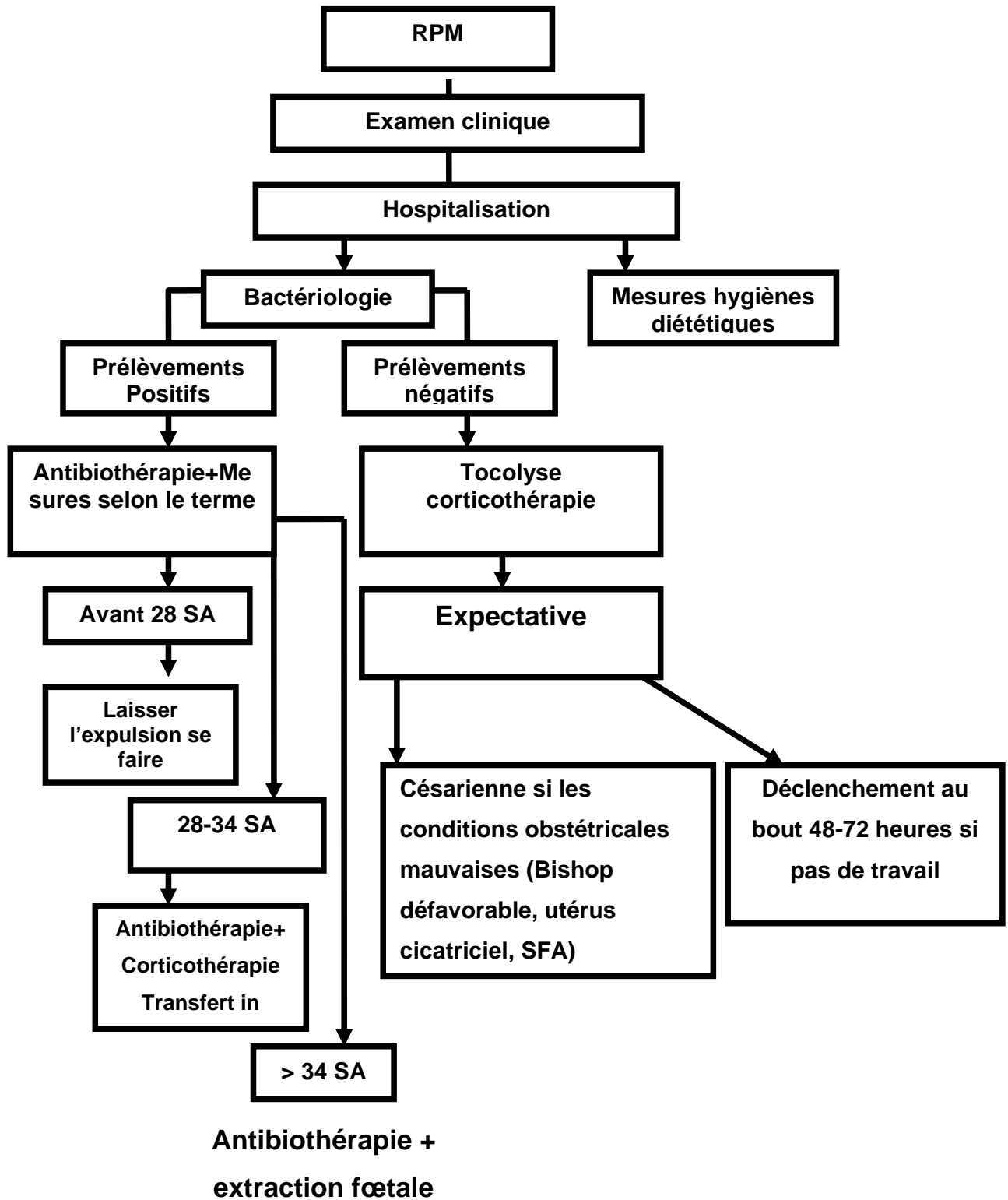
#### **10.2. 4.3 Les indications particulières de césarienne :**

\* La RPM de 72 heures ou plus sur utérus cicatriciel

\*La RPM près du terme+siège en absence de travail en travail

\* La RPM+procidence du cordon battant

RPM+VIH : les mêmes attitudes mais à savoir que le risque d'infection fœtale est augmenté par la survenue de la RPM.



**NB** : après 37 semaines d'aménorrhée faire l'accouchement quelque soit le tableau

**Algorithme de la prise en charge d'une rupture prématurée des membranes**

# **METHODOLOGIE**



## **1. LE LIEU D'ETUDE**

Cette étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

## **2. LE TYPE D'ETUDE :**

Il s'agit d'une étude cas –témoin rétrospective.

Nous avons choisi 2 témoins pour 1 cas.

## **3. LA PERIODE D'ETUDE :**

L'étude a duré 12 mois du 1<sup>er</sup> Janvier 2005 31 Décembre 2005.

## **4. LA POPULATION D'ETUDE**

Les femmes en grossesse examinées au centre de santé de référence de la commune V pendant la période d'étude.

Notre taille de l'échantillon est de 133 cas colligés.

L'échantillonnage est basé sur la prévalence du taux d'accouchement dans notre service.

## **5. LES CRITERES D'INCLUSION**

**Le Cas :** toute femme en grossesse présentant une rupture prématurée des membranes, au moins 12 heures avant le début du travail (d'accouchement).

**Les Témoins :** ont été considérées comme témoins des femmes en grossesse (133) ne présentant pas de rupture prématurée des membranes du même âge gestationnel de la même parité consultant juste avant et juste après le cas et 133 dans le post partum ou post abortum (immédiat surtout).

## **6. LES CRITERES D'APPARIEMENT**

- Parité
- âge gestationnel

## **7. LES CRITERES DE NON INCLUSION.**

-Les femmes ayant présenté une rupture prématurée des membranes moins de 12 heures le début du travail (d'accouchement).

-Les femmes présentant tout autre écoulement à la vulve que le liquide amniotique.

## **8. LE SUPPORT DES DONNEES**

Le recueil des données a été fait à l'aide des questionnaires individuels (fiche d'enquête) à partir :

Des dossiers d'hospitalisation.

Des partogrammes

Du registre d'accouchement

Des dossiers de césarienne.

## **9. LES VARIABLES ETUDIEES**

### **Identification de la femme**

- Age
- Profession
- Niveau d'étude
- Statut matrimonial
- Mode et motif d'admission

### **Antécédents :**

-Gestité

-Parité

-Antécédents de rupture prématurée des membranes

-Antécédents médicaux et chirurgicaux

-Antécédents obstétricaux

### **Surveillance de la grossesse :**

- Nombre de consultation prénatale
- Auteur des consultations prénatales
- Age gestationnel

**Examen clinique :**

-Circonstances de survenue de la rupture prématurée des membranes

-Examen physique, état du fœtus (les paramètres cliniques évidents)

**Conduite à tenir :**

-Schéma thérapeutique

-Mode et voie d'accouchement

**Evolution :**

- Complications maternelles immédiates.

- Complications fœtales immédiates

**10. LA SAISIE ET L'ANALYSE DES DONNEES :**

Les données ont été recueillies sur les fiches d'enquête individuelles.

La saisie a été faite sur le logiciel Epi info 6.04 et les analyses sur Epi info 6.04 et SPSS 11.0. Le traitement de texte a été réalisé sur Microsoft word 2003. Les tests statistiques suivants ont été utilisés : Le  $\chi^2$  de Pearson, Likelihood Ratio, ont été utilisés pour tester les différences entre cas et témoins de la fréquence des facteurs de risque.

La différence a été considérée statistiquement significative pour les valeurs de  $P < 0,05$ .

Nous avons fait une analyse des facteurs de risque de la RPM par rapport aux femmes qui n'ont pas fait la rupture prématurée des membranes.

Les critères d'appariement ont été : La parité et l'âge gestationnel dans le but d'évaluer les facteurs de risque et les conséquences materno-fœtales de la rupture prématurée des membranes.

NB : Le signe (+) est utilisé pour signifier le caractère testé dans le tableau.

### **11. Les difficultés rencontrées :**

Au cours de cette étude, les difficultés rencontrées ont été les suivantes :

- impossibilité pour certaines femmes de faire le bilan biologique à cause du coût élevé des analyses.
- insuffisance ou absence de plateau technique pour la réalisation de certains examens complémentaires.
- retard dans l'obtention des résultats de certains examens complémentaires.
- le manque de système de rétro information pour l'évaluation du pronostic néonatal à court terme.

## Définitions opérationnelles

**La gestite** : c'est le nombre de grossesse.

**La parité** : c'est le nombre d'accouchement.

**La primigeste** : c'est une femme qui n'a contracté qu'une seule grossesse.

**La paucigeste** : c'est une femme qui a eu 2 à 4 grossesses

**La multi geste** : c'est une femme qui a eu 5 à 6 grossesses.

**La grande multi geste** : c'est une femme qui n'a contracté au moins 6 grossesses

**La primipare** : c'est une femme qui a accouché une seule fois.

**La paucipare** : c'est une femme qui a accouché 2 à 4 fois.

**La multipare** : c'est une femme qui a accouché 5 à 6 fois.

**La grande multipare**: c'est une femme qui a accouché au moins 7 fois.

**La rupture prématurée des membranes** : c'est l'ouverture de l'œuf avant tout début du travail (d'accouchement), avec comme limite au moins 12heures avant le début du travail.

**Le facteur de risque** : c'est une condition, une pathologie ou un comportement qui rend plus probable la survenue d'une maladie. Un facteur de risque n'est pas toujours une cause.

# **RESULTATS**

**Résultats descriptifs des cas et Comparaison Cas –témoins**  
**1.1 tableau I:** Caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Cas (N=133)		Témoins (N=266)		P	OR/IC
	<i>Effectif</i>	%	<i>Effectif</i>	%		
<b>Tranches d'âge (ans)</b>	15-18	24	18,1	43	16,2	
	19-35	95	71,4	202	75,9	0,56
	>35	14	10,5	21	7,9	
<b>Provenance</b>	Bamako	122	91,7	262	98,5	
	Hors Bamako	11	8,3	4	1,5	<0,002 5,91
<b>Profession</b>	Ménagère	98	73,7	229	86,1	
	Fonctionnaire	18	13,5	18	6,8	0,041 2,16 (1,03-4,53)
	Elève-Etudiante	10	7,5	11	4,1	0,23 1,88 (0,72-4,53)
	Autres	7	5,3	8	3	
<b>Niveau d'étude</b>	Analphabète	74	55,6	195	73,3	
	Primaire	37	27,8	54	20,3	0,11 1,51
	Secondaire	22	16,5	17	6,4	2,90
<b>Statut Matrimonial</b>	Mariée	122	91,7	254	95,1	
	Célibataire	10	7,5	11	4,1	0,33
	Veuve	1	0,8	1	0,4	

Hors de Bamako : Kati, Sanankoroba, Kassela.

Autres profession : vendeuses : 5 ; coiffeuse : 1 ; teinturière : 1.

## 1.2. Tableau II : Répartition des gestantes selon l'ethnie

Ethnie	Cas (N=133)		Témoins (N=266)	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Bambara	41	30,8	99	37,2
Peulh	21	15,8	39	14,7
Malinké	14	10,5	15	5,6
Sonrhaï	12	9	21	7,9
Bozo	1	0,8	5	1,9
Sénoufo	5	3,8	17	6,4
Minianka	2	1,5	12	4,5
Soninké	36	27,1	53	19,9
Autres*	1	0,8	5	1,9
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>

$\chi^2 = 11,51$

$P=0,174$

Autres dans le cas : congolaise : 1

Témoins : Ouolofs : 2, nigériennes : 2, ivoirienne : 1

## 1.3 Tableau III: Répartition des gestantes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Cas (N=133)		Témoins (N=266)	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle même	84	63,2	237	89,1
Référées/ évacuées+	49	36,8	29	10,9
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>

OR=4,77

IC= 2,74-8,32

$\chi^2 = 36,30$

$P < 0,001$

OO1



**1.4 Tableau IV: Répartition des gestantes selon le motif d'admission**

<b>Motif d'admission</b>	<b>Cas</b>		<b>Témoins</b>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Écoulement liquidien + Douleur abdominale	57	42,9	3	1,1
Fièvre	59	44,4	204	76,7
Autres	2	1,5	13	4,9
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>
OR =121.	IC=19-270,86		X <sup>2</sup> =117,60	

P <0,001

**Autres** : Métrorragies, dysurie,

**2- Antécédents**

**2.1 Tableau V: Répartition des gestantes selon la gestité**

<b>Gestité</b>	<b>Cas</b>		<b>Témoins</b>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Primigeste	42	31,6	84	31,6
Paucigestes	52	39,1	98	36,9
Multigeste	15	11,3	36	13,5
Grande multigeste	24	18	48	18
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>
X <sup>2</sup> =0,372			P=0,830	

## 2.2 Tableau VI : Répartition des gestantes selon la parité

<b>Parité</b>	<b>Cas</b>		<b>Témoins</b>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Nullipare	45	33,8	90	33,8
Primipare	13	9,8	26	9,8
Paucipare	57	42,9	114	42,9
Multipare	8	6	16	6
Grande multipare	10	7,5	20	7,5
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>

## 2.3 Tableau VII: Répartition des gestantes selon les antécédents de rupture prématurée des membranes

<b>Antécédents de RPM</b>	<b>Cas</b>		<b>Témoins</b>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	16	12	26	9,8
Non	117	88	240	90,2
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>

$X^2 = 0,479$

$P=0,489$

### 3. Surveillance de la grossesse

#### 3.1 Tableau VIII: Répartition des gestantes selon le nombre de consultations prénatales effectuées.

Nombre de CPN	Cas		Témoins	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Aucune	28	21	62	23,3
1 à 3	71	53,4	119	44,7
≥ 4	34	25,6	85	32
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>

$X^2 = 2,80$  P= 0,246

#### 3.2 Tableau IX: Répartition des gestantes selon la qualification de l'auteur des CPN

Auteur CPN	Cas		Témoins	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Sage-femmes	83	79	162	79,4
Médecins	7	6,7	17	8,3
Infirmières/matrones	14	13,3	24	11,8
Autre	1	1	1	0,5
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

$X^2 = 0,345$  P=0,557

Autre : un interne du service dans le cadre de sa thèse.

Les grossesses non suivies sont au nombre de 28 chez les cas et 62 chez les témoins.

### 4. Examen clinique:

#### 4.1 Tableau X: Répartition des gestantes selon la présentation foetale

<b>Présentation retrouvée</b>	<b>Cas</b>		<b>Témoins</b>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Non céphalique +	12	9	16	7
Céphalique	111	83,5	222	83,5
Indéterminé	10	7,5	28	9,5
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>
$X^2 = 1,23$	OR=1,55	IC=0,66-3,59	p=0,267	

Nous avons noté 1 seul cas de présentation transversale et 11 cas de siège chez les cas.

#### 4.2 Tableau XI : Répartition des gestantes selon les facteurs de risque recherchés

<b>Facteurs de risque</b>	<b>Cas</b>		<b>Témoins</b>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Hydramnios	5	3,8	2	0,75
Infection urinaire	64	48,1	36	13,58
Infection vaginale	30	22,6	8	3,00
Cervicite	3	2,3	4	1,5
Fibrome utérin	1	0,8	1	0,37
Activités débordantes	18	13,5	16	6,01
Grossesse gémellaire	6	4,5	3	1,1
métrorragie	11	8,3	18	6,8
Antécédents de RPM	16	12	26	9,8
Présentation non céphalique	12	9	16	7
CPN non faite	28	21,1	62	23,3
Béance cervicale	1	0,8	0	0

**4.3 Tableau XII : Répartition des facteurs de risque significatifs associés avec la RPM.**

<b>Variables</b>	<b>OR</b>	<b>IC</b>	<b>X<sub>2</sub></b>	<b>P</b>
Infection urinaire	5,93	3,53-9,96	56,47	<10 <sup>7</sup>
Infection vaginale	9,39	3,96-23,07	39	<10 <sup>7</sup>
Hydramnios	5,16	0,87-38,91	4,65	0,043
Activités débordantes	2,45	1,14-5,25	6,43	0,011
grossesse gémellaire	4,14	0,90-21,26	4,60	0,040

**4.3 Tableau XIII : Répartition des s facteurs de risque non significatifs associés avec RPM.**

<b>Variables</b>	<b>OR</b>	<b>IC</b>	<b>X<sub>2</sub></b>	<b>P</b>
Non céphalique	1,55	0,66-3,59	1,23	0,267
cervicite	1,51	0,26-8,12	0,29	0,4293
Fibrome utérin	-		2,01	0,33
Métrorragie	1,24	0,53-288	0,30	0,733

**4.3 Tableau XIV : Répartition des gestantes selon le nombre de fœtus**

<b>Nombre de fœtus</b>	<b>Cas</b>		<b>Témoins</b>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Unique	127	95,5	263	98,9
Multiple+	6	4,5	3	1,1
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>

**OR**=4, 14

**IC**=0,90-21,26

**X<sup>2</sup>**=3,20

**P**=0,07

NB : les grossesses multiples ont été représentées par les grossesses gémellaires.

**4.4 Tableau XV: Répartition des gestantes selon les antécédents des signes cliniques d'infections génitales**

<b>Antécédent d'infection génitale clinique</b>	<b>Cas</b>		<b>Témoins</b>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Aucun	38	28,6	178	66,9
Leucorrhées pathologiques	10	7,5	12	4,5
Dysurie	0	0	1	0,4
Pollakiurie	23	17,3	49	18,4
Douleur des points urétéraux	1	0,8	0	0
Leucorrhée + pollakiurie	5	3,8	0	0
Leucorrhée+douleur des points urétéraux	1	0,7	2	0,8
Dysurie+pollakiurie	46	34,6	23	8,6
Dysurie+douleur des point urétéraux	1	0,7	0	0
Leucorrhée+dysurie+polla kiurie	5	3,8	1	0,4
Dysurie+pollakiurie+doule ur des points urétéraux	3	2,2	0	0
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>

$X^2 = 93,75$

$P < 0,001$

**4.5 Tableau XVI: Répartition des gestantes selon l'âge gestationnel**

Age gestationnel (SA)	Cas		Témoins	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
<28	9	6,8	18	6,8
28-37	34	25,5	68	25,5
>37	90	67,7	180	67,7
<b>Total</b>	133	100	266	100

**4.6 Tableau XVII: Répartition des gestantes selon les circonstances de survenue de la rupture prématurée des membranes.**

Circonstance de survenue	Cas	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Traumatisme	3	2,3
Spontané	129	97
Iatrogène	1	0,8
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>



**4.6 Tableau XVII : Répartition des gestantes selon le délai entre RPM et le début du travail**

Le délai entre RPM et le début du travail (en heures)	Cas	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Entre 12 à 24	62	246,6
> 24 à 72	43	32,3
> 72	28	21,1
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

**4.7 Tableau XVIII : Répartition des gestantes selon l'état des BDCF à l'entrée**

BDCF à l'entrée	Cas		Témoins	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
non perçus	14	10,5	48	18
Anormal +	21	15,8	17	6,4
Normal	98	73,7	201	75,6
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>

OR =2, 75

IC=1, 33-5, 70

X<sup>2</sup> = 8, 03

P=0, 004

**4.8 Tableau XIX : Répartition des gestantes selon la température corporelle à l'admission.**

Température corporelle (°C)	Cas		Témoins	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
<38	112	84,2	244	91,7
>38°+	21	15,8	22	8,3
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>

OR=2,08

IC=1,05-4,12

X<sup>2</sup> =4,46

P=0,034

**4.9 Tableau XX : Répartition des gestantes selon la présence ou non de contractions utérines**

Contraction utérine	Cas		Témoins	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	72	54,1	199	74,8
Non	61	45,9	67	25,2
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>

X<sup>2</sup> =17,39

P<0,001

**4.10 Tableau XXI : Répartition des gestantes selon la dilatation du col à l'admission.**

Dilatation du col (cm)	Cas		Témoins	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
≤3	85	63,9	108	40,6
>3	48	36,1	158	59,4
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>

X<sup>2</sup> =29,71 P <0,001

**4.11 Tableau XXII : Répartition des gestantes selon la présence ou non de métrorragie**

Métrorragie	Cas		Témoins	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui +	11	8,3	18	6,8
Non	122	91,7	248	93,2
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>

OR=1,24

IC=0,53-2,88

X<sup>2</sup> = 0,12

P=0,585

Les 11 cas étaient : 8 cas de PP, 1 cas d'HRP, 2 cas de menace avortement tardif.

**4.12 Tableau XXIII: Répartition des gestantes selon la coloration du liquide amniotique.**

<b>Coloration du liquide</b>	<b>Cas</b>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Clair	78	58,6
Teinté +	55	41,4
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

**5- Examens complémentaires**

**5.1 Tableau XXIV : Répartition des gestantes selon le résultat de l'échographie**

<b>Résultat échographie</b>	<b>Cas</b>		<b>Témoins</b>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Normale	28	30,1	144	95,4
Anamnios	11	11,8	-	-
Oligoamnios	54	58,1	5	3,3
Hydramnios	-	-	2	1,3
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>	<b>151</b>	<b>10</b>

OR=47,76    IC=18,63-127,90     $X^2 = 114,71$      $P < 0,001$

Echographie anormale+ : anamnios, oligoamnios et hydramnios.

40 n'ont pas d'échographie chez les cas, 151 chez les témoins.

**5.2 Tableau XXV : Répartition des gestantes selon les germes retrouvés à l'ECBU+PV**

<b>Germes retrouvés à l'ECBU.</b>	<b>Cas</b>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Bacille gram négatif	28	65,1
Bacille gram positif	11	25,6
Cocci gram positif	3	7
Cocci gram négatif	1	2,3
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

NB : 90 femmes n'ont pas fait l'ECBU.

**5.3 Tableau XXVI : Répartition des gestantes selon les germes retrouvés du prélèvement vaginal.**

<b>Germes retrouvés au PV</b>	<b>Cas</b>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Chlamydia	3	100
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

NB : 130 femmes n'ont pas fait le P V.

## 6 SCHEMA THERAPEUTIQUE

### 6.1 Tableau XXVII : Répartition des gestantes selon le traitement reçu

Traitements	Cas (N=133)		Témoins (N=266)		P	OR, IC
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>		
Repos	51	38,3	50	18,8	<0,001	
Antibiothérapie +	89	66,9	56	21,1	<0,001	0,70 (0,50-14)
Corticothérapie	12	9	11	4,1	0,48	
Tocolyse	14	10,5	29	10,9	0,909	
Transfusion	3	2,3	6	2,3	0,911	

### 6.2 Tableau XXVIII: Répartition des gestantes selon le mode d'entrée en travail

Mode d'entrée en travail	Cas		Témoins	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Spontané	97	72,9	228	92,7
Déclenché	36	27,1	18	7,3
<b>Total</b>	133	100	246	100

OR=4,70      IC= 2,45-9,10       $\chi^2 = 25,97$        $p < 0,001$

20 gestantes n'ont pas accouchés chez les témoins

**6.3 Tableau XXIX: Répartition des gestantes selon le produit utilisé pour le déclenchement.**

Produit utilisé	Cas		Témoins	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oxytocine	20	55,5	8	44,5
Prostaglandine (Cytotec) +	6	16,7	4	22,2
Prostaglandine et oxytocine	10	27,8	6	33,3
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>
OR=0,70	IC=0,14-3,58		X <sup>2</sup> = 0,02	

P=0,9

**6.4 Tableau XXX : Répartition des gestantes selon la voie d'accouchement**

Voie d'accouchement	Cas		Témoins	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Voie naturelle	102	76,7	210	85,4
Césarienne	31	23,3	36	14,6
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>246</b>	<b>100</b>
OR=1,77	IC=1-3,13		X <sup>2</sup> =3,89	
	P=0.035			

1 forceps chez les cas et 4 forceps chez les témoins.

20 gestantes n'ont pas accouchés chez les témoins pendant la durée de l'étude.

**6.5 Tableau XXXI : Répartition des gestantes selon les indications de la césarienne**

<b>Indication de la césarienne</b>	<b>Cas</b>	
	<b><i>Effectif</i></b>	<b><i>Pourcentage</i></b>
Souffrance foetale aiguë	6	19,2
Syndrome pré rupture	1	3,2
Bassin généralement rétréci	5	16
Présentation transversale	1	3,2
Hypertension artérielle sévère	2	6,5
Procidence du cordon	1	3,2
Siège + prématurité chez primipare	4	13
Placenta accreta	2	6.5
Dystocie dynamique	4	13
Utérus bi cicatriciel	1	3,2
Bassin limite +macrosomie foetale	2	6,5
Utérus cicatriciel + RPM de plus 72 heures	2	6.5
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>



## 7- Nouveau- nés

### 7.1 Tableau XXXII : Répartition des nouveau-nés selon : le poids, la taille, l' APGAR et le sexe

Paramètres des nouveau- nés	Cas (N=139)		Témoins (N=249)		X <sup>2</sup>	P	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Poids	<2500	42	30,2	65	26,1	1,17	0,555
	2500-4000	95	68,4	182	73,1		
	>4000	2	1,4	2	0,8		
Taille	<47	33	23,7	57	22,9	0,036	0, 849
	≥47	106	76,3	192	77,1		
APGAR	0	7	5	7	2,8	0,78	
	1-7	31	22,3	37	14,9		
	≥7	101	72,7	205	82,3		
Sexe	Masculin	83	59,7	141	56,3	0,34	0,555
	Féminin	56	40,3	108	43,7		

Nous avons eu 6 accouchements gémellaires pour les cas et 3 pour les témoins.

**7.2 Tableau XXXIII : Répartition des nouveau-nés selon l'antibiothérapie**

<b>Antibiothérapie</b>	<b>Cas</b>		<b>Témoins</b>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	109	88,6	44	18,9
Non	14	11,4	189	81,1
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100</b>	<b>233</b>	<b>100</b>

X<sup>2</sup>=166,17 p<0,001

**7.3 Tableau XXXIV : Répartition des nouveau-nés selon qu'ils ont été référés ou non.**

<b>Référence</b>	<b>Cas</b>		<b>Témoins</b>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui +	77	62,6	47	20,2
Non	46	37,4	186	79,8
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100</b>	<b>233</b>	<b>100</b>

OR=6,62 IC=3,96-11,10 X<sup>2</sup>=61,99 P<0,0001

## 8 .COMPLICATIONS

### 8.1 Tableau XXXV : Répartition des gestantes selon les complications maternelles retrouvées

<b>Complications Maternelles</b>	<b>Cas</b>		<b>Témoins</b>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Chorioamniotite	8	6	0	0
Endométrite	4	3	3	1,2
Suppuration pariétale	2	1.5	0	0
Aucune	119	89,5	263	98,8
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>

OR=8,69      IC=2,2 3-39,56      X<sup>2</sup> =13,27

P=0,001

### 8.2 Tableau XXXVI : Répartition des nouveau-nés selon les complications foetales retrouvées.

<b>Complications Foetales</b>	<b>Cas</b>		<b>Témoins</b>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Prématurité	35	25,1	47	18,9
Malformation	1	0,7	0	0
Mort in-utéro	5	3,6	7	2,8
Souffrance fœtale	14	10,1	14	5,6
Procidence du cordon	1	0,7	0	0
Avortement	9	6,5	11	4,4
Aucun	74	53,3	170	68,3
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100</b>	<b>249</b>	<b>100</b>

OR=2,18      IC=1,41-3,39      X<sup>2</sup> =12,83      P=0,0003

**8.3 Tableau XXXVII : Répartition des nouveau-nés selon les complications maternelles et la voie d'accouchement.**

<b>Complications maternelles</b>	<b>Voie d'accouchement</b>			
	Voie basse		Césarienne	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Aucune	96	94.1	23	74.2
Chorioamniotite	4	3.9	4	12.9
Endométrite	1	1.0	3	9.7
Suppuration pariétale	1	1.0	1	3,2
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>	<b>31</b>	<b>100.0</b>

**8.4 Tableau XXXVIII: Répartition des nouveau-nés selon les complications maternelles retrouvées et le délai entre la rupture et le début du travail.**

<b>Complications maternelles</b>	<b>Délai entre la rupture et le début du travail (heures)</b>					
	12-24		25-72		>72	
	N	%	N	%	N	%
Aucune	57	91.9	39	90.7	23	82.2
Chorioamniotite	1	1.6	4	9.3	3	10.7
Endométrite	4	6.5				
Suppuration pariétale		0	0	0	2	7,1
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100.0</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>

**8.5 Tableau XXXIX : Répartition des nouveau-nés selon les complications foetales retrouvées et le délai entre la rupture et le début du travail.**

Complications foetales	Délai entre la rupture et le début du travail					
	12-24		25-72		>72	
	N	%	N	%	N	%
Aucune	30	46.9	23	52.3	20	69.0
Prématurité	17	26.6	12	27.3	6	20.7
Malformation	1	1.6	0	0.0	0	0.0
Autre	16	25.0	9	20.5	3	10.3
Total	64	100.0	44	100.0	29	100.0

# ***DISCUSSION***

## **1 La fréquence de la rupture prématurée des membranes**

La fréquence de la rupture prématurée des membranes dans notre série par rapport au nombre d'accouchement est de 1,59% soit 124 cas /7773 accouchements. La fréquence est de 0,95% soit 225/23792 accouchements selon Keita M A [27] et Traoré A L a trouvé 2,70% [53]. Nous constatons que dans la même structure sanitaire le taux a augmenté en 5 ans. Mirlesse V [36] et Boog G [10] ont trouvé respectivement une fréquence de RPM de 5 à 10% des grossesses après 37 SA en particulier et 10% en général.

## **2. Caractéristiques Sociodémographiques :**

### **2.1 Age :**

L'analyse de nos résultats montre que la majorité 71,4% des gestantes ont un âge compris entre 19-35 ans avec une moyenne d'âge 29 ans, les ages extrêmes sont 15 et 43ans. Les adolescentes représentent. 18,1% des cas. Il n'y a pas eu de différence statistique significative ( $p=0,56$ ) entre nos cas et témoins. Traoré A L [53] a trouvé 68,16 % des gestantes qui ont un âge compris entre 19 et 35 ans avec 21,52% d'adolescentes. Keita M A [27] a enregistré 72,4% de gestantes ayant un âge compris entre 20-35 ans avec 13,8% d'adolescentes. Ces résultats permettent de dire que la RPM est fréquente dans la tranche d'âge de 19 à 35 ans où l'activité reproductrice est plus importante.

### **2.2 Profession :**

73,7% de nos gestantes sont des ménagères, avec une différence statistique significative ( $p=0,002$ ) tandis que Traoré A L [53] et Keita M A [27] ont trouvé respectivement 69,06% et 91,10%. Le reste de notre population d'étude était composé de 18 fonctionnaires, 10 élèves ou étudiantes, 5 vendeuses et commerçantes. Selon Andriamady [3], 82,5% appartenaient à la couche sociale la plus défavorisée dans son étude.

On note que les ménagères sont les plus exposées. On peut incriminer les activités physiques débordantes et le bas niveau socio économique de ces femmes.

### **2.3 Statut matrimonial :**

La majorité de nos gestantes sont des femmes mariées dans les 2 groupes. Nous n'avons pas eu de différence statistique significative ( $p=0,33$ ). Keita M A [27] a trouvé 96,4% de femmes mariées.

### **2.4 Niveau d'instruction**

Les gestantes non scolarisées sont les plus fréquentes avec 55,6%. Il n'y a pas eu de différence statistique significative ( $p=0,11$ ).

Le manque de scolarisation constitue un problème majeur dans le suivi de la grossesse car il influence sur la compréhension et le bon déroulement du suivi de la grossesse. Ce constat est confirmé par Keita M A [27] qui a trouvé un taux de 85,30% de gestantes non scolarisées.

La majorité des femmes ignorent que la grossesse entraîne une baisse de l'immunité naturelle.

### **2.5 Provenance :**

Les résultats de notre étude montrent que la majorité 91,7% des gestantes résident à Bamako. Nous avons noté une différence hautement significative ( $p<0,001$ ). Keita M A [27] qui a trouvé 91,60% dans les six communes du District de Bamako.

## **3. Caractéristiques cliniques**

### **3.1 Motif de consultation.**

Le premier signe clinique est l'écoulement liquidien affirmé par 42,9% des gestantes qui ont consulté avec une différence statistique très significative ( $P<0,001$ ) par rapport aux témoins. 44,4% des gestantes ont consulté pour contractions utérines. Keita M A [27] a trouvé ce signe clinique dans 91,60% des cas. Nos résultats nous révèlent que les femmes ne connaissent pas tous les risques de la RPM, qui pour elles ne peut constituer un motif de consultation.



### **3.2 Mode d'admission**

Cette étude a permis de noter que 63,2% soit 84/133 des cas étaient des gestantes venues d'elles-mêmes au centre de santé de référence de la commune V contre 89,1% des témoins avec une différence statistique hautement significative ( $P < 0,001$ ) entre les cas et les témoins. Cela s'explique par la mauvaise compréhension des gestantes dans la fréquentation des structures de santé et la compétence du service.

### **3.3 Suivi de la grossesse**

Les CPN effectuées sont normales en nombre si leur nombre est supérieur ou égal à 4 selon l'organisation mondiale de la santé (OMS).

Nous avons trouvé que 21,1% des grossesses n'ont pas été suivies, 53,4% ont été mal suivies, donc 74,5% des gestantes ont accusé une insuffisance dans le suivi prénatal. Traoré A L [53] a trouvé 20% de grossesses non suivies. Andriamady et al [3] ont noté 60,2% des grossesses qui étaient insuffisamment suivies, tandis que Soumani A et al [48] trouvent que les grossesses n'ont pas été suivies chez 64,94% des gestantes.

Les auteurs des CPN étaient des sages femmes 75,5%,  
matrones/infirmières 14,5%.

La relation entre RPM et CPN montre que même en cas de surveillance prénatale correcte, la RPM peut survenir accidentellement ou spontanément. Mais la CPN de bonne qualité permet d'identifier certains facteurs de risque évitables.

Il n'y a pas eu de différence statistique ( $P=0,246$ ) entre les 2 groupes.

### **3.4 Antécédents :**

#### **- La gestite**

Les pauci gestes 39,1% ont été les plus fréquentes dans notre série et les multi gestes avec 11,3% chez des cas.

### **-La parité**

Dans notre étude, les paucipares avec 42,9% ont été les plus représentées.

Keita M A [27] et Traoré A. L [53] ont respectivement 35,20% et 40,81%.

Les pauci pares et les grandes multipares ont été les plus touchées et ont représenté 59,8%.de la population d'étude selon [46].

### **3.5 Les facteurs de risque**

Dans la littérature, il y a eu peu d'étude sur les facteurs de risque de la rupture prématurée des membranes en particulier.

Les infections génito-urinaires maternelles ont été les plus fréquemment rencontrées dans cette étude avec 73% avec une prédominance chez les cas. Nous avons noté une différence hautement significative ( $p < 0,001$ ). La fièvre était présente chez 15,8% des cas à l'admission contre 10,8% chez les témoins.

Dans notre série, l'analyse des données révèle que les gestantes ayant présentés :

- une infection urinaire courent 6 fois environ plus de risque de faire une RPM que les autres qui n'en ont pas présenté (OR=5,93).
- une infection vaginale courent 9 fois plus de risque que les autres (OR=9,39).
- un hydramnios courent 5 fois plus de risque que les autres (OR=5,16).
- les activités débordantes courent 2 fois le même risque que les autres (OR=2,45).
- une grossesse gémellaire courent 4 fois plus le risque que les autres (OR=4,14).
- une présentation fœtale non céphalique courent 2 fois plus environ le risque que les autres (OR=1,55).

-les autres facteurs comme la cervicite), fibrome utérin, métrorragies ne sont pas statistiquement significatifs. Koné H [29] a trouvé une fréquence de 2 à 11% d'infection urinaire au cours de la grossesse.

Il est à signaler qu'il existe des infections urinaires asymptomatiques. Traoré A. L [53] a eu 41,90% d'infection urinaire maternelle.

L'infection a été trouvée chez 48% des gestantes et a constitué le principal facteur de risque.

Les activités débordantes constituent le second groupe soit 13,5% de facteurs de risque dans notre étude surtout avec le bas niveau de vie socio-économique.

Un seul cas de béance cervico-isthmique a été diagnostiqué ainsi qu'un seul cas de fibrome utérin soit 0,8% pour chacun, contrairement à Traoré A. L [53] qui a enregistré 7,62% pour ces deux facteurs de risque.

Andriamdy et al [3] a trouvé l'infection urinaire chez 26 % des cas sur 1468 gestantes contre 6% chez les témoins sans rupture prématurée des membranes.

L'hydramnios constitue aussi un facteur de risque pour la mère et le fœtus, il est généralement associé à une malformation fœtale qu'il faut rechercher.

Le placenta praevia est aussi un facteur de risque non moins important. La mesure du petit côté n'a pas été effectuée chez toutes les accouchées. Nous avons enregistré 8 cas sur 64 cas mesurés chez les cas. KEITA M A [27] a trouvé 56,70% de cas d'association RPM et de placenta praevia.

Abboud P et al [1] a trouvé 1,6% de cas de RPM après l'amniocentèse.

Dans la littérature [5, 30, 10] : nous retrouvons d'autres facteurs de risque tels que :

- Le déficit en vitamine C.
- Les maladies du collagène.
- Le syndrome d'Ehlers-Danlos.

Les facteurs de risque les plus fréquemment retrouvés dans notre étude ont été : les infections génito-urinaires, les activités débordantes, l'hydramnios et la grossesse gémellaire.

\* **Andriamady et al** [3] a trouvé 32,9 % d'infections génitales.

### **3.6 Age de la grossesse**

Nous avons noté que 93,2%des gestantes étaient au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse et 67,7 % des gestantes avaient un âge gestationnel supérieur 37SA .Cela peut s'expliquer par la plus grande fréquence de l' infection urinaire au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse et par le fait que le col est déhiscent généralement pendant cette période chez les multipares et les grandes multipares. Dans l'étude de Keita M A [27] 48,80% des gestantes avec un âge gestationnel supérieur ou égal à 36 SA.

Boog G [10] et Mirlesse V [36] ont trouvé respectivement 60 à 80 % et 80% des cas de RPM à terme.

Nous avons enregistré 6,8%soit 9 cas de RPM à un âge gestationnel inférieur à 28 SA (cas d'avortement tardif).

### **3.7 Circonstances de survenue et le délais de la rupture**

Dans notre population d'étude, nous avons enregistré 97,7% de rupture spontanée des membranes. Keita M A [27] a eu 86,20%.

Nous avons enregistré 2 cas de RPM post coïtal et 1 cas après tentative d'interruption volontaire de grossesse (IVG) .Dans la littérature nous notons des cas de RPM post amniocentèse soit 1,6% de cas, Abboub P et al [1].

Les délais de la rupture étaient supérieurs à 24 heures chez plus de la moitié des cas.Nos gestantes courraient donc un risque d'infection

maternelles et ou néonatales plus tard. Ceci expliquait le retard à la consultation de nos patientes.

### **3.8 Bruit du cœur fœtal**

Nous avons noté que chez 10,5% des gestantes, les BDCF n'ont pas été perçus.

Dans 15,8% des cas, nous avons enregistré une tachycardie ou bradycardie nécessitant une prise en charge appropriée.

Le stéthoscope obstétrical de Pinard a été utilisé pour écouter les BDCF. L'examen complémentaire disponible souvent en cas de doute sur la vitalité fœtale a été l'échographie obstétricale. Nous notons une différence statistique significative entre les cas et les témoins ( $P=0,004$ ) donc la RPM est un facteur de risque de SFA.

### **3.9 Température corporelle**

Dans notre étude, nous avons enregistré 15,8% d'hyperthermie. Traoré A L [53] et Keita M A [27] ont eu respectivement 13% et 10,20%. La différence est statistiquement significative ( $p=0,034$ ), entre les 2 groupes étudiés. Le risque de développer une fièvre après une RPM est égal à 2,08 ( $OR=2,08$ ) entre ces 2 groupes de femmes.

### **3.10 Contractions utérines**

45,9 % des gestantes n'avaient pas de contractions utérines à l'admission. Ce constat a été fait par Traoré A L [53] et Keita M A [27] qui ont eu successivement 30%, 38,20%.

Elles attendent d'être franchement en travail avant de venir et c'est à l'interrogatoire que nous retrouvons la notion de perte liquidienne de plusieurs heures, voire plusieurs jours. Ce qui sera confirmé à l'examen par l'absence des membranes au pôle inférieur dans l'aire de la dilatation cervicale généralement.

Dans cette étude 44,4% des gestantes ont consulté pour douleur abdomino-pelvienne chez qui la notion de RPM a été retrouvée.

### **3.11 Dilatation du col**

Dans cette étude, nous avons enregistré 63,9% des gestantes qui ont une dilatation cervicale inférieure ou égale à 3 cm à l'admission, en phase de latence. Keita M A [27] avec 83,60% et Traoré A L [53] retrouve 50% ceci peut expliquer par le retard dans la consultation de ces femmes

### **3.12 Caractéristiques du liquide amniotique**

Nous avons noté 31,6% de cas d'écoulement liquidien franc abondant sans problème au diagnostic évident. Nous avons eu recours à l'échographie pour apprécier la quantité de liquide amniotique. Nous avons enregistré : 54 cas d'oligo amnios et 6 cas d'an amnios sur 93 échographies réalisées.

Le liquide amniotique est clair dans 58,6% des cas, verdâtre dans 17,3 %des cas, jaunâtre dans 12 % et sanglant dans 12 % des cas aussi.

## **4. Examens complémentaires**

Notre laboratoire ne fait que la technique de coloration de GRAM  
Nous avons enregistré 28 cas de bacille gram négatif sur 46 prélèvements réalisés.

93 échographies ont été réalisées avec 54 cas d'oligo amnios. Ce taux minime d'examen complémentaires réalisés s'explique par le bas niveau économique, la non disponibilité en urgence du plateau technique, le délais d'induction du travail souvent très court après la RPM. La différence statistique est très significative ( $p < 0,001$ ) entre les cas et les témoins.

De nombreuses études démontrent qu'une proportion importante de patientes présentant une RPM présente une infection, on retrouve 30% de culture de liquide amniotique positive chez les patientes admises pour RPM entre 16 et 26 SA Koné H [29].

Selon Mirlesse V [36], les principaux germes mis en cause sur les prélèvements vaginaux à visée bactériologiques dans la RPM sont : le Streptocoque du groupe B, l'Uréaplasma uréalyticum, le Gardnerella vaginalis, Bacteroides, chlamydiae et Trichomonas vaginalis

## **5. Aspect thérapeutique :**

### **5.1 Mode d'induction du travail d'accouchement**

Dans notre étude, nous avons obtenu 72,9% d'induction spontanée du travail dans les heures qui ont suivi la rupture prématurée des membranes.

La durée moyenne de l'expectative dans notre étude a été de 48 heures. La durée moyenne de l'expectative pour Traoré A L [53] ; elle a été de 38,5 heures et pour Keita M A [27] est de 72 heures.

L'induction du travail a été spontanée selon Dreyfus M [21], Traoré A L [53] et Kouam L [30] respectivement chez 80%, 80,92% et 93,2%.

Nous avons eu 27,1% de déclenchement artificiel.

Le déclenchement du travail d'accouchement a été fait par la prostaglandine et ou l'ocytocine selon le tableau clinique (score de BISHOP0,) si BISHOP > à 6 on déclenche d'emblée, Seguy B [44]. La maturation se fait d'abord le misoprostol (cytotec) si le score de BISHOP < à 6 puis l'ocytocine en perfusion pour déclencher les contractions utérines si elles ne sont pas présentées.

Ce taux élevé de déclenchement spontané du travail s'explique. Avec la RPM, il y a les prostaglandines du liquide amniotique qui sont libérés et agissant sur le col (mûrissement du col), stimulation par la sécrétion endogène prostaglandine E2, entraînant la sécrétion post hypophysaire d'ocytocine par l'intermédiaire des prostaglandines endogènes [23].

Les femmes sont entrées spontanément en travail dans un délai de 48 heures après la rupture de la poche des eaux dans 81,60%, Khabouzes [28].

L'accouchement s'est déclenché spontanément dans 82,2% des cas selon Andriamady [3].

## **5.2 Voies d'accouchement**

Dans notre population d'étude, nous avons enregistré 76,7% d'accouchement (dont un cas de forceps 9 avortements) par les voies génitales naturelles, 23,3% de césarienne avec une différence significative ( $p=0,035$ ).

Traoré A L [53] et Keita M A [27] ont obtenu respectivement 92,20% dont 17 forceps et 83,80% dont 1 forceps d'accouchement par voie basse.

Andriamady et al [3] ont obtenu 20,9% de césarienne dans leur étude.

Le taux élevé de césarienne dans notre étude peut s'expliquer par :

- par la tendance préventive de l'obstétrique moderne,
- car beaucoup des gestantes étaient à terme et si l'utérus est cicatriciel le déclenchement artificiel n'est pas indiqué.
- la diversité des indications de césarienne actuelle.

Les indications de césarienne ont été : SFA, utérus cicatriciel + RPM de plus de 72 heures, les dystocies cervicales, les indications absolues : utérus

bicatriciel, utérus cicatriciel + siège.

Nous n'avons pas enregistré de procidence du cordon au cours de cette étude.

La RPM, n'est pas toujours individualisée comme indication de césarienne. Elle y conduit cependant en fonction du terme de la grossesse, de la présence ou non d'infection et surtout en cas de détérioration de l'état du fœtus selon Racinet C [42].

La fréquence de césarienne est associée à la RPM dans environ 10% dans la littérature selon Teguété I [50].



Un taux de césarienne 3,6 % avec comme indication prépondérante la souffrance fœtale aigüe a été Khabouzes [28].

Le taux de césarienne a été 28,07% et 28,6% pour le taux des extractions instrumentales Andriamady [3].

Nous avons enregistré 130 naissances et 9 avortements tardifs, il y a 6 accouchements gémellaires dans les cas et 3 chez les témoins

## **6. Nouveau nés**

### **6.1 APGAR à la 5<sup>ème</sup> minute de vie.**

Dans notre étude il a été enregistré 3,7% de mort nés.

Les circonstances de survenue des décès ont été : la rupture prématurée des membranes prolongées au delà de 5 jours (5cas), l'anémie (1) et l'HTA

(1 cas). 23,7% ont eu un score d'APGAR < 7 sur 10 la 5<sup>ème</sup> minute de vie. TRAORE A L [3], Keita M A [27], Andriamady et al [3] ont trouvé respectivement 11,57% 13,7% et 11,7%. 90,30% de nouveau-nés avaient un score d' APGAR supérieur ou égal à 7 sur 10 à la première minute de vie Khabouzes et al [28].

### **6.2 Poids**

Nous avons enregistré 30,2% de poids inférieurs à 2500g et 68,4% de poids compris entre 2500-4000g, les extrêmes ont été 550g et 4200g. Traoré A L [53] a trouvé 24,38% de poids inférieurs à 2000g et 41,74% de poids compris entre 2000-2500g.

Keita M A [27] a trouvé 51,10% de nouveau nés avec un poids inférieur 2500g.

### **6.3 Taille**

Dans notre série 23,7 % des nouveau-nés ont eu une taille inférieure 47 cm. Traoré A L [53] et Keita M A [27] ont eu respectivement 57,20% et 43,10%.

## **6.4 Sexe**

Dans notre étude, nous avons enregistré 56 nouveau-nés de sexe féminin contre 83 de nouveau-nés sexe masculins, ce qui donne un sexe ratio égal à 1,42 contrairement à Traoré A L [53] avec 0,9.

## **6.5 Antibiothérapie à la naissance**

Dans notre étude 88,6% de nouveau nés des cas ont reçu une antibiothérapie à la naissance contre 17,6% de nouveau nés des témoins.

Dans l'étude de Keita M A [27] 29,6% des nouveau-nés ont reçu un antibiotique. L'antibiothérapie a été systématique car le bilan biologique infectieux n 'a pas été effectué chez tous ces nouveaux pour des raison financiers et ou techniques.

L'antibiothérapie préventive à base d'antibiotique genre amoxicilline à la dose de 1gramme par 12heures a été pratiquée dans l'étude de Audra P [5]. L'antibiothérapie systématique utilisée par Ville Y [55]. Selon Boog G [10], l'antibiothérapie préventive reste contestée car elle expose la mère au risque de choc anaphylactique et le fœtus au risque de sélection ou de résistance des germes. Quoi qu'il en soit l'antibiothérapie reste indiquée chez les femmes à haut risque de choc et en cas de culture positive notamment au streptocoque du groupe B.

## **6.6 Référence**

62,6% de nos nouveau-nés ont été référés pour une souffrance fœtale, une prématurité et /ou une éventuelle infection néonatale probable, mais il y a des cas de référence interne (dans l'unité de néonatalogie du service).

7,47% de nouveau-nés ont été transférés au service de néonatalogie pour infection néonatale, dans 4,89% des cas pour détresse

respiratoire, dans 1,38% des cas et pour inhalation méconiale, dans 1,17% des cas selon Khabouzes et al [28].

## **7. Complications :**

**7.1 Complications maternelles:** nous n'avons pas enregistré de cas de décès maternel dû aux complications de la RPM au cours de cette étude mais certaines complications ont été notées.

La fréquence de l'infection amniotique croît avec l'augmentation du temps de latence. Selon Dellenbach P et al <sup>[19]</sup>, cette fréquence est de : 4 à 6% dans les 12 heures, 10% dans les 24 heures et 17 à 18% dans les 48 heures qui suivent la RPM <sup>[16]</sup>.

### **7.1 .1 - La Chorioamniotité**

Nous avons enregistré 6% de chorioamniotite comparable à celui de Keita M A <sup>[27]</sup> avait 6,60% de cas. Le diagnostic de chorioamniotite est basé sur l'association d'une température supérieure à 38° et un liquide amniotique teinté à odeur fétide.

Traoré A L <sup>[53]</sup> et Dreyfus M ; Baldauf et al <sup>[20]</sup> avaient respectivement 7,6% et 7%. Claris et Audra <sup>[49]</sup> ont eu 27% de chorioamniotité chez les patientes traitées avec les bêta-mimétiques.

La chorioamniotite a été retrouvée dans 17,14% des cas de RPM par Kouam L <sup>[28]</sup>.

Le taux de chorioamniotite par rapport à la voie d'accouchement a été la même dans les 2 voies soit 4 cas. Sa survenue a été plus dans les ruptures de plus 24 heures.

L'amniocentèse est le seul moyen actuellement disponible pour démontrer l'infection amniotique <sup>[6]</sup>.

L'amniocentèse permet de réaliser un diagnostic rapide par examen bactériologique direct et mesure de la concentration en glucose dans le liquide amniotique rendant possible une prise en charge rapide et adaptée <sup>[6]</sup>.

### **6.1.2 L'endométrite :** elle a compliqué

2,9% de cas de notre étude.

L'endométrite est une complication fréquente du post partum après une RPM si la prise en charge de la gestante n'a pas été efficace.

Dans l'étude de Sylla C [49] 54,90% des patientes avaient rompu les membranes à l'admission dont 58,8% avaient un délai de rupture entre 12 à 24 heures.

L'endométrite a été observée chez nos cas césarisés et dans le délai de rupture de 12 à 24 heures.

### **7.1.3 La suppuration pariétale :** nous avons noté

1,5% soit 2 cas post césariennes. Il s'agit de référence tardive, avec un délai de rupture de plus de 72 heures.

Les complications maternelles : selon Andriamady [3] ont été de 34,3% d'infection (d'endométrite, thrombophlébite, suppuration pariétale).

### **7.2 Complications fœtales :**

La RPM avant 25 SA expose à un risque majeur d'hypoplasie pulmonaire et de déformation articulaire [10,32]

#### **7.2.1- La prématurité:**

Il s'agit de toutes naissances se produisant entre 28-38 SA révolues. Nous avons enregistré 25,1% de prématurités. La prématurité a été plus observée dans les accouchements par voie basse et dans le délai de rupture compris entre 12 à 33 heures.

La RPM s'est associée à la prématurité dans 26,6%. Keita M A [27] a trouvé 36,5%.

#### **Selon d'autres auteurs :**

L'accouchement prématuré est précédé de RPM dans la majorité des cas soit 56% Sissoko M [47].

20% des accouchements prématurés font suite à une rupture prématurée des membranes d'après Barret H et al [5].

Selon Abboud P [1] 40% des accouchements prématurés font avant 34 SA sont précédés de rupture prématurée des membranes.

Selon Boog G [10] un tiers des prématurés sont issus d'une ouverture spontanée de l'œuf.

### **7.2.2 La malformation**

Un seul cas de malformation visible a été enregistré au cours de cette étude soit 0,74. Traoré A. L [53] trouve un taux 2,48% de malformation néonatale.

### **7.2.3 Souffrance fœtale**

Nous avons retrouvé 9,77% de cas dont certains ont nécessité une prise en charge urgente à la pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré car généralement associée à une prématurité donc un déficit de surfactant entraînant la maladie des membranes hyalines. Traoré A. L a trouvé [53] 20,66% de souffrance fœtale aiguë.

Le pronostic des nouveau-nés après leur référence n'a pas été étudié car il n'y avait pas de rétro information et les mères ne respectaient pas les rendez vous.

### **7.2.4 Décès fœtaux**

La RPM est responsable de 10% de mort périnatale selon Boog G [10]. Nous avons enregistré 3,7% de mort fœtale. Andriamady et al [3] ont eu 11,7%. Traoré A L [53] a obtenu 11,57%. La RPM à terme n'affecte pas la mortalité néonatale précoce Khabouzes et al [28].

**7.2.5 La procidence du cordon :** nous avons noté 1 seul cas (2<sup>ème</sup> degré) soit 0,7%.

### **7.2.6 Les autres complications :**

Il existe d'autres complications comme le petit poids de naissance, l'hypoplasie pulmonaire et les complications neurologiques dans la littérature Khabouzes et al [28], Andriamady et al [3].

## **8. Conduite tenue :**

Beaucoup d'études ont été faites sur la prise en charge des RPM mais la conduite à tenir n'est pas toujours univoque.

Une fois le diagnostic de RPM posé quelque soit l'âge de la grossesse ; la conduite à tenir est la suivante :

### **8.1. Mesures hygièno diététiques :**

- L'hospitalisation +++
- Repos au lit si possible en position de Trendelenburg
- Proscrire des touchers vaginaux intempestifs et utiliser des gants stériles pour les faire.
- Préconiser le port de garnitures stériles

### **8.2. Surveillance des éléments suivants :**

- La température : matin, midi et soir ;
- Les mouvements actifs fœtaux ;
- Les bruits du cœur foetal : matin et soir, l'enregistrement du rythme cardiaque foetal est mieux si un cardiotocographe est disponible.
- Contractions utérines : matin et soir
- La couleur et l'odeur du liquide amniotique : matin et soir par inspection visuelle.
- Recherche d'une éventuelle procidence du cordon surtout (inspection).

### **8. 3 Examens complémentaires :**

- Échographie obstétricale : pour apprécier la vitalité fœtale, la quantité du liquide amniotique, l'insertion placentaire, l'âge gestationnel, l'estimation pondérale.
- Prélèvement vaginal, Prélèvement de l'endocol et exocol pour l'examen bactériologique.  
3 fois/semaine.
- Numération formule sanguine (NFS)

- Dosage de la protéine C réactive (CRP).
- Examen cyto bactériologique des urines (ECBU) + l'antibiogramme
- Hémoculture si besoin

Tous ces examens doivent être faits et répétés toutes les 48 heures si possible.

## **8.4. Conduite à tenir de la Rupture prématurée des membranes**

### **8.4.1 Traitement prophylactique :**

Nous ne pouvons traiter tous les facteurs qui peuvent favoriser la RPM.

La conduite repose surtout sur des mesures préventives :

- Une bonne hygiène de vie (une bonne alimentation, éviction des activités débordantes, du tabagisme);
- La fréquentation des centres de santé ;
- L'identification des grossesses à risque et la prévention de certaines pathologies liées à la grossesse (HTA, paludisme infections génito-urinaires) ;
- La prudence dans la pratique des gestes endo utérins ;
- La pratique des CPN de qualité.

Le traitement curatif est nécessaire pour certains des facteurs de risque.

**-En cas d'infection génito-urinaire**, le traitement repose sur les antibiotiques adaptés au contexte.

En particulier, le traitement des pyélonéphrites aiguës est :

- L'hospitalisation ;

Le bilan diagnostique : infectieux urologique et obstétrical ;

- Le traitement initial parentéral monothérapie (ou bithérapie pendant quelques jours) céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération C3G ;

-Surveillance étroite de l'évolution sous traitement, qui doit être favorable cliniquement et biologiquement en 24 à 48 heures ; ce qui



est le de la majorité des pyélonéphrites aiguës simples sur appareil urinaire sain;

-La guérison se fait sans séquelles.

- **En cas de béance cervicale**, le traitement est le cerclage du col.

Souvent la RPM reste un accident imprévisible, à la nous ne retrouvons de facteur de risque préventif (grossesse multiple, placenta praevia).

#### **8.4.2 Traitement curatif :**

**a) En absence d'infection amniotique patente :**

**-Avant 28 semaines d'aménorrhée (SA)**

Si la patiente entrait en travail nous avons laissé l'expulsion spontanée se faire (avortement)

Si non la grossesse évoluait après avoir donné toutes les informations nécessaires au couple sur le pronostic foetal et maternel:

- o La corticothérapie n'est pas nécessaire.
- o Le transfert in utero dans une maternité de niveau III, n'est pas toujours réalisé faite de structures adéquates dans notre contexte.

- **De 28-34 semaines d'aménorrhée** nous avons fait :

- o La tocolyse dès contractions utérines
- o La corticothérapie pour la maturation pulmonaire foetale avant 34 SA. La molécule la plus utilisée pour la corticothérapie fut la betaméthasone , 12 milligrammes (mg) en injection intramusculaire toutes les 24 heures pendant 48 heures , renouvelable une semaine plus tard.

Le dexaméthasone est aussi utilisé dans certains cas à la dose de 6 milligrammes toutes les 12 heures pendant 48 heures,

Senat M V <sup>[46]</sup>.

- Le transfert in utero dans la maternité de l'hôpital Gabriel Touré qui est pourvu d'un service de pédiatrie. de niveau III.

- En cas de souffrance fœtale aigue (SFA), l'accouchement a été réalisé dans les plus brefs délais.

- **A partir de 34 semaines d'aménorrhée** nous avons laissé la patiente accoucher si elle entrait en travail.

Dans le cas contraire, nous avons déclenché le travail d'accouchement dans les 48-72 heures qui ont suivi la rupture dans les conditions obstétricales favorables sinon une césarienne a été faite.

**b) En cas d'infection :**

Quelque soit l'âge de la grossesse, une antibiothérapie avec des molécules à large spectre a été instituée.

L'apparition d'une chorioamniotite a imposé l'accouchement immédiat.

- **Avant 28 semaines d'aménorrhée** : l'expulsion spontanée a été préférée.

- **De 28-34 semaines d'aménorrhée** nous avons réalisé :

La Corticothérapie selon le schéma thérapeutique ci dessus ;

Le Transfert in utero.

- **Après 34 semaines d'aménorrhée** nous avons fait :

Une extraction fœtale urgente.

Le nouveau-né a été toujours adressé à un service de néonatalogie pour une prise en charge une souffrance, d'éventuelle infection et /ou une prématurité.

**C) Les indications particulières de la césarienne :**

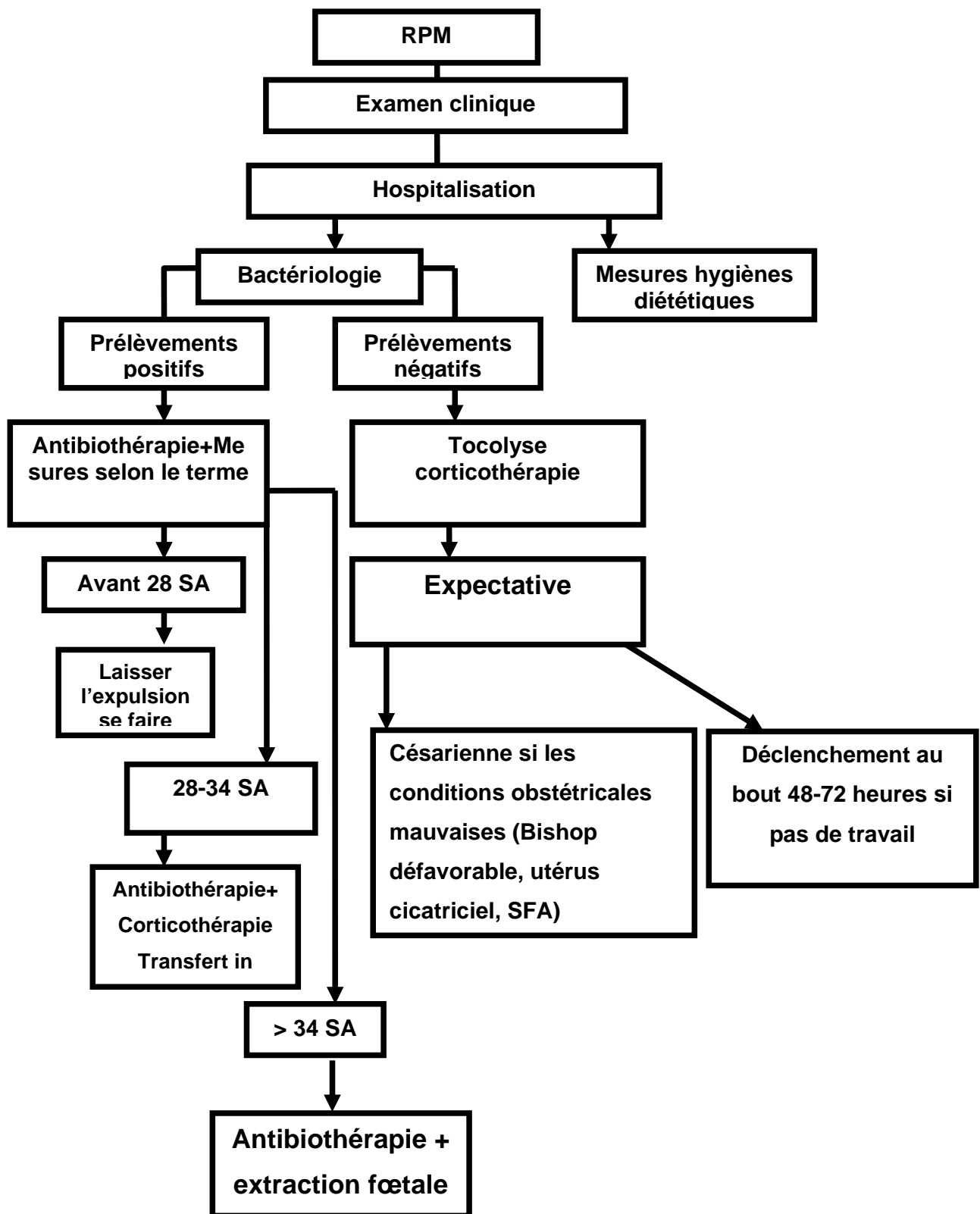
- En cas de RPM de 72 heures ou plus sur utérus cicatriciel

- En cas de RPM près du terme+ présentation du siège non en travail

- En cas de RPM+procidence du cordon battant

- En cas de RPM+VIH : les mêmes attitudes ont été adaptées mais il faut savoir que le risque d'infection fœtale est augmenté par la survenue de la RPM.

D'après la littérature, Khabouzes et al <sup>[28]</sup> le déclenchement immédiat du travail d'accouchement en cas de RPM à terme est l'attitude la plus raisonnable, d'autant plus que les conditions cervicales sont favorables. Dans le cas contraire l'expectative de 24 heures reste l'alternative, à condition de l'armer d'une antibiothérapie et d'une réduction maximale des touchers vaginaux.



**NB** : après 37 semaines aménorrhée faire l'accouchement quelques soit le tableau

**Algorithme de la prise en charge d'une rupture prématurée des membranes**

# **CONCLUSION**

Au terme de notre étude « cas témoins » sur une période d'une année, nous concluons que la RPM est une affection fréquente.

Les facteurs de risque sont nombreux et ont été dominés par les infections uro-génitales.

Le pronostic maternel est bon en général, il n'y a pas eu de cas de décès maternel.

Le pronostic fœtal a été mauvais et s'est exprimé sous forme de prématurité, mortalité néonatale et d'avortement. Nous avons aussi observé des cas de mortalité néonatale précoce.

La prise en charge de la RPM n'est pas univoque. La prise de décision dépend de certains facteurs : âge gestationnel, les conditions obstétricales, l'existence ou non d'infection maternelle ou fœtale.

La diminution du nombre de RPM repose :

- Sur l'amélioration de la qualité de vie et d'hygiène de la population
- Sur la bonne qualité des soins offerts aux femmes avant et pendant la grossesse et en particulier sur le dépistage, le traitement et la prévention des infections urogénitales.

# **RECOMMENDATIONS**

## **Aux Autorités**

- Assurer une bonne organisation des structures de santé, une formation de base de qualité et continue pour la prise en charge des urgences obstétricales.
- Amélioration de la capacité d'accueil et de prise en charge adéquate du service de néonatalogie de la pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré.
- Scolarisation massive des femmes et création d'activités génératrices de revenu.
- Equipement des laboratoires surtout hospitalier en matériel performant et en personnels qualifiés permettant de faire des examens complémentaires donc les résultats seront disponibles et fiables à des coûts supportables pour les populations.
- Assurer une bonne formation continue et une bonne répartition des agents de santé

## **Aux personnels de santé**

- Une performance professionnelle et une formation continue pour une amélioration de la qualité des prestations.
- Information, éducation communication (I.E.C) des femmes et même souvent aux parents lors des consultations prénatales.
- Identification des grossesses à haut risque pour une prise en charge obstétricale et pédiatrique.
- Respect strict des mesures hygiéniques dès qu'il y a RPM.
- Rechercher une notion de perte liquidienne au cours des consultations et même pour une femme déjà en travail à son arrivée car beaucoup d'entre elles ignore que la RPM est pathologique.



## **A la population**

- Fréquenter selon les normes et procédures en vigueur les centres de santé.
- Consulter les centres de santé dès qu'il y a RPM, saignement (métrorragie) ou une douleur (pelvienne).

# REFERENCES

- 1. Abboud P; Zejli A; Mansour G; Monnoyer Y, Houreau Bart H ; Bock S**  
: Perte de liquide amniotique et rupture des membranes après  
amniocentèse, J. Gynécol obsté Biol Reprod 2000 N°29 741-45.
  
- 2. Alexander JM; Cox SM** Clinical course of premature rupture of the  
membranes.Seminars in perinatology.20 (5), 1996 Oct: 369-74.
  
- 3. (int) Andriamady RCL, Rasamacliosa JM; Rovaonarivoh H, Ranfalahye J**.Les Ruptures prématurés des membranes vu à la maternité de Befelatanana, centre hospitalier universitaire d' Antanarior 1998 ;Arch Inst Paster Madagascar 1999 65 (2) :100-02.
  
4. Audra JC; Pasquier P. **Rupture prématurée des membranes à terme, E M C (édition scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris tous droit réservé) obstétrique 5-072-B-20.**
  
5. Barrat J H ; Bossat J ; Lewin D ; Renaud R **traité d' obstétrique,la grossesse pathologique et l'accouchement dystocique, 2<sup>ème</sup> édition,Masson paris New York Barcelone Milan,Mexico Sao Paulo,P 1985.**
  
6. Benhain Y ; Aucouturiery J ; Hillian, Moulies M.E ; Ville Y. **Intérêt de l'amniocentèse dans le diagnostic et la prise en charge d'une chorioamniotite à listeria monocytogène ,Journal gynéco-obstétrique et biologie de la reproduction ,Masson vol 23, N°1 Février 2003 :p39-42.**
  
- 7. Bernard Blanc.** La prématurité tirée ORSG, INSERM politiques périnatales, Guyane,antilles,Bresil,Analyse comparative ;11/13Novembre 1986 .Gerard.Bréat Marcel clodion Joëlle Sankali-Suzanon Laurista Corrêa, Filho, 77-84.

**8. Billion J .M ; Claudot A ; Louma.** Rupture prématurée des membranes dans les grossesses multiples, Extraction active écho guidée du fœtus et poursuite de la grossesse, à propos de deux cas, Journal de gynécologie-obstétrique Biologie Reproduction, 1997 vol26 N°5 :717-22.

**9. Blond M H; Lenclen P; Poulain R; Guillaume S.** Quels sont les risques liés aux portages vaginaux et aux infections génitales bases pour la mère, le fœtus et les nouveau-nés, Journal de gynécologie-obstétrique Biologie Reproduction 1997 ; vol26, N°3 :P13-28.

**10. Boog G.** La rupture prématurée des membranes tiré obstétrique Université Francophone, Ellipses, Aupelp/UREF 1995 : P572-79.

**11. Bon C; Roubille M; Maillavin A; Pichot J :** La détection de la fibronectine fœtale dans l'évaluation du risque d'accouchement SAS. (Internet) In Stratégies d'exploration fonctionnelle et de suivi Thérapeutique, Immunlanl biol Spéc 2000 ; 15 :96-108-Edition Scientifique et médicales Elsevier.

**12. Cabrol D.** Est -il légitime de prescrire une antibiothérapie en cas de rupture prématurée des membranes avant terme ? La lettre du gynécologue N° 199 Février 1995 ; (int) Article a INIST CR RRS 2004.

**13-Cacaul J A T ; Jacques L; Jacques M.** La rupture prématurée des membranes, In l'urgence en garde de gynécologie et de maternité et les consignes applicables aux nouveaux -nés ; Novartis, J L John Libbey Eurotext 1997: p28-29.

**14.Cherif A; Hammani S; Sfar R; Ben Redjeb ; Marrakakchi Z; Boukef-largueche S :** Evaluation du risque infectieux néonatale après une rupture prolongée des membranes chez le nouveau -ne à terme à propos de 405 ; Rev. Maghreb. Pediatr. , 2003, Vol13, no2 : p73-77.

**15. Claris O, Audra P ; Mellier, Neyrand D ; Salle B L.** Rupture prématurée des membranes avant 32 semaines, étude rétrospective de 72 enfants nés dans un centre périnatal, *Aphase ; FRADA* 1996 Vol 43 N° 7 : p 488-93.

**16. Claude J.** Les infections urinaires gravidiques, *La revue du praticien Gynécologie et Obstétrique* n°83-15 mai 2004.

**17. De Meeus J B; Sima ole-B ; Bascou V; Magnin G.** Diagnostique de la RPM : valeurs respectives du test à la diamino-oxydase (DAO), et de la mesure du Ph vaginal, *Journal de gynécologie obstétrique* 1997 vol 26 N°7 : P730-33

**18. De Tourris H; Henrion R; Delecour.** Les infections urinaires grossesse in *Abrégé illustré Paris Milan Barcelon Masson* 1994 : P595-598.

**19. Dellenbach P ; Muller P; Philippe E :** les anomalies des membranes de l'œuf *EMC. Paris. Obstét;* 1971, 4,5072, A10.

**20. Dreyfus M ; Baldauf J J ; BoesingerF ; Tissier I; Andrianivo J Lehmann M** et al. La Rupture prématurée des membranes à terme, étude rétrospective de 88 cas, *Revue française de gynécologie et obstétrique* 1995 vol 90 N ° 5-6 :p275-80.

**21. Foudjet K C.** L'utilisation du Misoprosol dans la prise en charge des grossesses arrêtées dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré ,à propos de 60 cas, thèse de médecine Bamako 2005 M104 P109.

**22. Foune A; Lesourd-Pontionnier .** Infections urinaires au cours de la grossesse, édition scientifique médicale 5-047-A-10.23. François Aubert /Philippe Guittard :Les pathologies infectieuses pendant la grossesse, *Essentiel Médical de poche*, 2<sup>ème</sup> édition ELLIPSES 32 Rue Barge parris :329-31.

**23. François A /Phliipe G** : Les pathologies infectieuses pendant la grossesse, Essentiel Médical de poche, 2<sup>ème</sup> édition ELLIPSES 32 Rue Bargue parris, P 1087

**24. Gillet J Y ; Guitilla J C ; Lewin David ; Magnin G ; Querleu D ; Rozenberg P et al.** Liquide amniotique, physiologie, oligo amnios, hydramnios, édition Marketing, éditeur des préparations grandes écoles Médecine ,32 Rue Bargue7501 Paris, 1994 :p41-44.

**25. Guikovaty JP; Dellenbabach P; et Lewin D.** La rupture prématurée des membranes tiré VOKAER R,Tome2 1985,160-171.

**26. Internet coogle** : Collège national des gynécologues et obstétriciens Français (CNGOF) ,184 Rue Faubourg Saint Antoine 75012 paris 7 décembre 1999.

**27. Keita M A.** La Rupture prématurée des membranes : aspect épidémiologique, cliniques et thérapeutiques au service de gynéco obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse de Médecine 2002 N°23.

**28. Khabouzes ; Ounejmas ; Rhrabb ; Bouchikhic ; Kharbacha et al.** la rupture prématurée des membranes à terme : Evaluation d'une attitude expectative (à propos de 939 cas), Maroc médical (Rabad) <Maroc méd Rabat>2002 ; Vol 24 N° 2 P99-103 cote INIST : 843.

**29. Koné H (épouse de Diassana).** L'infection urinaire et grossesse à la maternité René Cissé.d' hamdallaye, à propos de 35 cas, thèse de médecine Bamako 2002 N°75 :p151.

**30. Kouam L.** Etude comparative de deux conduites cliniques en cas de rupture prématurée des membranes à terme, du 1<sup>er</sup> janvier 1991 au 30 novembre 1993 ,thèse de médecine à la maternité de CHU de Yaoundé.

- 31. Lansac J** . Conduite à tenir devant les RPM tirée Pratique de l'accouchement 1994, 3<sup>ème</sup> édition SIMEP ; Paris.
- 32. Marret H; Descamps P; Fignon A; Perrotin F; Body G; Lansac J.** Conduite à tenir devant une rupture prématurée des membranes sur une grossesse mono fœtale avant 28 semaines d'aménorrhée ; Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 1998, vol.2, n°7 : p665-75.
- 33. Mereinstein GB; Weisman LE.** Premature rupture of membranes: neonatal consequences. Seminars in perinatology.20 (5); 1996 Oct: 375-380.
- 34. Merger R ; Ley J; Melchior J.** Précis d'obstétrique, 6<sup>ème</sup> édition, Masson Paris Milan Barcelone ; 1997 : 282-86 p597
- 35. Millar LK; Boesche MH; Yamamoto SY; Killeen J; De buque L; Chen R et al.** A relaxinmediated pathway to premture rupture of the foetal membranes that is independent of infection.American journal of obstetrics and gynecology.179 (1) 1998 Jul: 126-34.
- 36. Mirlesse V.** Rupture prématurée des membranes dans infection bactériennes maternofoetales, Journal de pédiatrie de puériculture Suppl 1-2000, éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.
- 37. Nicaise C; Gire C; Fagianelli P; Debriere R; Thomachot L ; D'ercole C ; Boubli L ;** Conséquences néonatales de la propos rupturée des membranes entre 24et 34 semaines d'aménorrhée ; à propos de 118 grossesses uniques, Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reroduction, 2002, vol31, n°8 p747-754.
- 38. Pasquier JC ; Audra P; Boog G ; Martin X ; Meller G.** Rupture prématurée des membranes avant 34 semaines d'aménorrhée édition scientifiques et médicales (EMC) Elservier SAS5-072-B-20.

- 39. Paucot Henri; Bedrine Henri :** La rupture prématurée des membranes in le Francois Paris (6<sup>ème</sup>) ;1952 :P410-411.
- 40. Pons J C :** Rupture prématurée des membranes au 2<sup>ème</sup> trimestre In Papiernick Emile, Dominique Cabrol, Obstétrique, Médecine science, Flammarion Paris, p1584.
- 41. Queenan JT; Thompson W; Whicfielf CR; Am:** Volume du liquide amniotique en fonction du terme de la grossesse, J.Obstet. Gynecol, 1972; 114 : 34-38.
- 42..Racinet C ; FAVIER M : La césarienne, Masson paris 1984 : p184.**
- 43. Sceine N ;Biquard F; Sarfati R; Barjot P; Foucher F ; Lasse L ;et al .**Rupture prématurée des membranes à terme quel délais d'expectative ?Résultat d'une étude prospective multicentrique à propos de 713 cas . J.Gynecol .Obstet Biol.Reprod2001, 30 : 42-50.
- 44. Seguy B :** Hydramnios in complication et accidents de la suite de grossesse, pathologie de l'accouchement, pathologie de la délivrance et des couches .Technique obstétricale, Maloine .SA. Editeur, 27, Rue de l'école de Médecine 75006 Paris 1981 : p62-64.
- 45. Seguy B et Baudet J H.** Les annexes fœtales in Révision accélérée en obstétrique, 2<sup>ème</sup> édition, Maloine SA, éditeur Paris, 27, Rue de l'école de Médecine 75006,1983 :p57-61.
- 46. Senat M V.** Les corticoïdes dans la maturation pulmonaire fœtale: comment et quand les prescrire ?J.Gynecol Obstet.Biol. Reprod 2002. 31 Supp. N° 7 5S 105-5S 113. Masson Paris 2002.
- 47. SISSOKO M.** Accouchement prématuré, Facteurs de risque, prise en charge et devenir immédiat des prématurés dans l'unité de réanimation pédiatrique, thèse de médecine Bamako, 1999 N° 49 120P.



**48. Soumani A; Salah-eddine A; Bouhya S; Hermas S; samouh**

**N ; Himmi A et al** : La rupture prématurée des membranes : une prise en charge encore controversée ? La revue : Tunisie médicale, 2000, vol.78, n°2, p90-100.

**49. Sylla C.** Les endométrites du post partum dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré, à propos de 51cas, thèse de médecine 2004-M : p79.

**50. Teguede I.** Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital du Point G de 1991à1993, à propos d'une étude cas témoin de 1544 cas, thèse de médecine Bamako 1996 ;no7 :133.

**51. Togo A.** L'infection urinaire sur grossesse dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré, Thèse de médecine Bamako 1993 N°20.

**52. Touko Siani P G.** Déclenchement artificiel du travail de l'accouchement à propos de 35 cas, thèse de Médecine 2005 M -94.

**53- Traore A L.** Efficacité comparée de l'expectative armée et la conduite à tenir dans la prise en charge de la rupture prématurée des membranes à Bamako, thèse de Médecine 2001, no 10.

**54. Unal D ; Millet Leclairm ; Bartoli j ; Boubul M et al.** Conséquences néonatales de la RPM, plus de 5jours avant la 34<sup>ème</sup> semaine de gestation, Revue Française de gynécologie obst1992, 87,5 : 283-287.

**55. Ville H ; Fernandez Y ; Frydman R.** L'antibiothérapie au cours des ruptures prématurées des membranes avant 37 SA Ne doit être systématique ? La lettre du gynécologue N°199 Février 1995.

# **Annexes**

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom** : CISSE

**Prénom** : Kadidiatou

**Titre de la thèse** : Les facteurs de risque de la rupture prématurée des membranes au service de gynéco-obstétricale du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako au Mali.

**Ville de soutenance**: Bamako

**Année de soutenance**: / / 09 / 2006

**Pays d'origine** : MALI

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, pharmacie et d'odontostomatologie

**Secteur d'intérêt** : gynéco-obstétrique, épidémiologie, environnement ;

## RESUME

La Rupture prématurée des membranes est toujours fréquente et grave par ses risques infectieux (foetaux et maternels) et la prématurité.

La RPM reste une des préoccupations majeures pour l'obstétricien et le pédiatre.

La conduite à tenir n'est pas univoque et crée beaucoup de controverses. Les facteurs de risque de la RPM sont nombreux. C'est pour cela que nous avons initié ce travail avec comme :

-Objectif général : étudier les facteurs de risque de la RPM au service de gynécologie obstétrique de la commune V du district de Bamako.

-Méthodologie : il s'agit d'une étude cas -témoins qui s'est déroulée sur une période d'une année à propos de 133 cas et 266 témoins dans notre service.

-Résultats : nous avons eu une fréquence de 1,59%. Les facteurs de risque les plus rencontrés ont été : l'infection urinaires avec 48, 1%

(OR =5,53), l'infection vaginale avec 22, 6% (OR=9 ,39) les activités débordantes avec 13,5% (OR=2,45), les grossesses gémellaires avec 4,5% (OR=4,14) et l'hydramnios avec 3,8% (OR=5,16).

Cette étude a montré que la RPM est une pathologie fréquente, non banale par ses complications et à ses multiples facteurs de risque. Au vu de ces facteurs de risque nous pensons qu'une bonne condition de vie (sociale, hygiénique) et une consultation prénatale de qualité permettent de diminuer la survenue de la RPM et de certaines de ses complications.

Les mots clés :

RPM, l'infection, la prématurité, les facteurs de risque.

# FICHE D'ENQUETE

Numéro\_ : .....

## IDENTIFICATION DE LA FEMME

- Q1 Age (en année) : /\_\_/ 1= (15-29), 2= (30-39), 3= supérieur ou égale à 40
- Q2 Domicile : .../\_\_/ 1= Bamako, 2= Kati, 3= autre
- Q3 Profession : .../\_\_/ 1= ménagère, 2= fonctionnaire, 3= élève ou étudiante, 4= autre
- Q4 Niveau d'étude : .../\_\_/ 1= analphabète, 2= primaire, 3= secondaire, 4= supérieur, 5= école coranique, 6= autre
- Q5 Statut matrimonial : /\_\_/ 1= mariée, 2= célibataire, 3= divorcée, 4= veuve
- Q6 Ethnie : .../\_\_/ 1= bambara, 2= peulh, 3= malinké, 4= sonraï, 5= bozo  
6= sénoufo, 7= minianka, 8= soninké, 9= autre
- Q7 Mode d'admission : .../\_\_/ 1= venue d'elle-même, 2= référée
- Q8 Motif d'admission : ...../\_\_/ 1= écoulement, 2= douleur abdominale, 3= fièvre, 4= autre
- Q9 Surveillance de la grossesse : .../\_\_/ 1= oui, 2= non
- Q10 Antécédents médicaux : .../\_\_/ 1= oui, 2= non
- Q11 Antécédents chirurgicaux : .../\_\_/ 1= césarienne, 2= salpingectomie, 3= myomectomie, 4= Autres
- Q12 Antécédents de contraception : .../\_\_/ 1= oui, 2= non

## LES ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

- Q13 Gestité : ...../\_\_\_/ 1= Primigeste, 2= Multigeste (2-3-4-5),  
3= grande multigeste (> 5)
- Q14 Parité : ...../\_\_\_/ 1= Primipare, 2= Paucipare (2-3-4), 3= multipare  
(5-6),  
4= grande multipare (> 6)
- Q15 Vivant : ...../\_\_\_/
- Q16 Avortement : .../\_\_\_/ 1= oui, 2= non
- Q17 Auteur des CPN : ...../\_\_\_/ 1= sage-femme, 2= spécialiste, 3=  
généraliste  
4= infirmière obstétricienne, 5= matrone, 6= autre
- Q18 Qualité des CPN selon le nombre : .../\_\_\_/ 1= bonne (4), 2= mauvaise  
(inf à 4)
- Q19 Présentation du fœtus au moment de la rupture : .../\_\_\_/ 1= siège, 2=  
céphalique, 3=transversale
- Q20 Antécédents de rupture prématurée des membranes : .../\_\_\_/ 1= oui,  
2non
- Q21 Nombre de fœtus : ...../\_\_\_/ 1= unique 2= multiple
- Q22 Facteurs de risque : ...../\_\_\_/ 1= hydramnios, 2= infection urinaire,  
3= infection vaginale 4= Cervicite, 5= fibrome utérin,  
6= activités débordantes, 7= autre
- Q23 Béance : .../\_\_\_/ 1= oui, 2= non
- Q24 Cerclage : .../\_\_\_/ 1= oui, 2= non
- Q25 Diabète : .../\_\_\_/ 1= oui, 2= non
- Q26 Incompatibilité : .../\_\_\_/ 1= oui, 2= non

## EXAMEN CLINIQUE

- Q27 Antécédents /\_\_\_\_\_/ 1= Leucorrhée ; 2= dysurie ; 3= pollakiurie ; 4= douleur au niveau des points urétéraux, 5=prurit vulvaire
- Q28 Age (SA) de la grossesse au moment de la rupture : /\_\_\_/ 1= < 28SA, 2= 28-36SA,  
3= > 36SA
- Q29 Circonstance de survenue : .../\_\_\_/ 1= traumatisme, 2= spontanée,  
3= Iatrogène, 4= autre
- Q30 Délai entre la rupture et le début du travail
- Q31 Hauteur utérine (en cm) : ...../\_\_\_/  
1= inf à 36, 2= supérieur ou égale à 36
- Q32 Bruit du cœur fœtal (battement par minute) : ...../\_\_\_/  
1= inf à 120, 2= (120-160), 3= supérieur à 160
- Q33 Température :..... /\_\_\_/  
1= (in à 38 degré), 2= supérieur ou égale à 38 degré)
- Q34 Contraction utérine :... /\_\_\_/ 1= oui, 2=non
- Q35 Longueur du col :... /\_\_\_/ 1= effacé, 2=1-2cm, 3= supérieur à 2 cm
- Q36 Dilatation :... /\_\_\_/ 1= fermé, 2= inf à 3 cm, 3= supérieur ou égale à 3 cm
- Q37 Métrorragie : .../\_\_\_/ 1= oui, 2= non
- Q38 Caractéristique du liquide amniotique : .../\_\_\_/ 1= écoulement franc,  
2= écoulement minime, 3=absent
- Q39 Coloration : .../\_\_\_/ 1= clair, 2= jaune, 3= vert, 4= sanglant

## **EXAMEN COMPLEMENTAIRE**

- Q40 Groupage rhésus : ...../\_\_\_/ 1= A-, 2= A+, 3= B-, 4= B+, 5= O-,  
6=O+, 7=AB-,  
8= AB+, 9= autre
- Q41 ECBU +PV: .../\_\_\_/ 1= bacille gram (-), 2= bacille gram (+), 3= clamydia,  
4= clostridium, 5= cocci (+), 6=cocci(-), 7=absence
- Q42 Echographie obstétricale : .../\_\_\_/ 1= normale, 2= amnios,  
3= oligoamnios, 4= hydramnios

## **SCHEMA THERAPEUTIQUE**

- Q43 Repos : .../\_\_\_/ 1= oui, 2= non
- Q44 Antibiothérapie : .../\_\_\_/. 1= oui, 2= non
- Q45 Corticothérapie : ...../\_\_\_/ 1= oui, 2= non
- Q46 Tocolyse : ...../\_\_\_/ 1= oui, 2= non
- Q47 Surveillance : ...../\_\_\_/ 1= oui, 2= non
- Q48 Travail : ...../\_\_\_/ 1= spontané, 2= déclanchement
- Q49 Transfusion : ...../\_\_\_/ 1= oui, 2= non
- Q50 Ocytocine :..... /\_\_\_/ 1= oui, 2= non
- Q51 Prostaglandine :... /\_\_\_/ 1= oui, 2= non
- Q52 Mode d'accouchement :..... /\_\_\_/ 1= voie basse normale, 2=forceps,  
3= césarienne
- Q53 Délivrance :.../\_\_\_/ 1= spontanée, 2= dirigée, 3= artificielle, 4= GATS



## **NOUVEAU-NE**

- Q54 Poids :... /\_/ 1= inf 2000g, 2= (2000-2500g), 3= supérieur à 2500g
- Q55 Taille :..... /\_/ 1= inf à 47cm, 2= supérieure ou égale à 47cm
- Q56 Apgar : ...../\_/ 1=  $\leq 7$  ; 2=  $> 7$
- Q57 Sexe :..... /\_/ 1= masculin, 2= féminin
- Q58 Antibiothérapie :..... /\_/ 1= oui, 2= non
- Q59 Réchauffement :... /\_/ 1= oui, 2= non
- Q60 Aspiration :..... /\_/ 1= oui, 2= non
- Q61 Oxygénation :..... /\_/ 1= oui, 2= non
- Q62 Vit k1 :... /\_/ 1= oui, 2= non
- Q63 Solumedrol :..... /\_/ 1= oui, 2= non
- Q64 Référé en néonatalogie ou en pédiatrie HGT :..... /\_/ 1= oui, 2= non
- Q65 Petit côté des membrane :..... /\_/ 1= inf à 10cm, 2= supérieur à 10cm
- Q66 Longueur du cordon (en cm) :... /\_/ 1= inf à 35, 2= supérieur à 35
- Q67 Complications :... /\_/ 1= prématurité, 2= chorioamniotite 3= malformation, 4= Autres <sup>2</sup>à préciser

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**JE LE JURE**