

MINISTRE DE L'EDUCATION
NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007 - 2007

N°

THESE

LES RUPTURES UTERINES A L'HOPITAL
FOUSSEYNI DAOU DE KAYES :
FACTEURS INFLUENÇANT LE PRONOSTIC
MATERNO-FŒTAL ET
MESURES PROPHYLACTIQUES
(A PROPOS DE 22 CAS)

Présenté et soutenu publiquement le 02 Avril 2007
devant le Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

PAR MONSIEUR ABDOUL KARIM DIABATE

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président du Jury :	Professeur Amadou Ingré DOLO
Membre du Jury :	Docteur Boubacar TRAORE
Co-Directeur de Thèse :	Docteur Niara BENGALY
Directeur de Thèse :	Professeur Mamadou TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

A Allah

Le Tout Puissant, le Très Miséricordieux qui dit : « Nulle divinité que lui, le connaisseur de l'invisible tout comme du visible, c'est à lui toutes nos louanges ». Tu as voulu faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Que ta volonté soit faite. Amen !

Je dédie affectueusement ce travail à :

❖ Toutes les victimes connue ou non de la rupture utérine :
Votre souffrance jusqu'au dernier soupir me restera éternellement en mémoire. Puisse ce travail sensibiliser tout le monde et aider à la lutte contre la mortalité materno-fœtale.
Puisse Dieu, le tout Puissant, nous aider à relever ce défi.
Dormez en paix.

❖ Mon père, Mamadou Diabaté :
Les mots ne suffiront pas à exprimer ce que tu représentes pour moi. Tu nous as appris avec rigueur mais aussi avec amour les valeurs qui font un Homme ; en moi elles grandiront comme mon amour pour toi. Retrouvez ici, papa le couronnement de tes efforts.

Mes mères Fanta Diarra et Nouézima Mint Barka :
Femmes fortes, courageuses et battantes, vous êtes toujours prêtes à tout pour que nous, vos enfants devenions meilleurs.
Vous avez fait de moi ce que je suis aujourd'hui.
Qu'Allah le miséricordieux fasse que vous savourez avec nous les fruits de vos sacrifices.
Je ne vous remercierai jamais assez.

❖ Mes frères et sœurs : la réussite est au bout de l'effort.
Restons unis et soyons à la hauteur de nos parents.

❖ Mon oncle Kadary Diabaté :
Tu m'as fait connaître le pays Sénoufo. Je suis fier de l'éducation reçue pendant ces années passées au près de toi. Ma disponibilité ne fera pas défaut car dans mon cœur tu occupes la place d'un père.

❖ Ma tante Kadiatou Coulibaly :
Je te dois toute mon éducation. Merci mille fois.
Je t'aime tant.

❖ Korotogoma Coulibaly et sa famille :
Aucun mot n'exprimera assez ma reconnaissance.
Vous êtes ma famille et ce modeste ouvrage est le vôtre.

REMERCIEMENTS

A l'Afrique toute entière :

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

❖ A mon pays natal, le Mali :

Tu m'as vu naître et grandir et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une instruction.

Tu m'as donné un savoir incommensurable. Profonde gratitude.

❖ A la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie de Bamako. Plus qu'une Faculté d'Etudes médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie.

Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis.

❖ A tout le personnel du Service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes :

- Au Docteur Enrique Pitti : nous vous prions d'accepter nos vifs remerciements pour l'encadrement reçu durant notre internat.
- A toutes les sages-femmes, infirmières obstétriciennes et mâtresses : vous vous êtes investies, en mettant votre dynamisme, votre compétence et votre chaleur humaine au service des stagiaires. Pardon à toutes celles qui, sans vraiment le vouloir nous avons pu causer des désagréments. Nous vous remercions pour tout.
- A tous les collègues du service :
Abdoulaye Laye Diakité, Bougou Goita, Ibrahima Sow :
Les sacrifices valaient la peine.
- Aux manœuvres du service : nous disons grand merci pour votre disponibilité.

❖ Au docteur Abdoul Aziz Diallo : nous avons appris beaucoup de choses à vos côtés sur les plans académique et social. Trouvez ici cher grand frère l'expression de nos sentiments respectueux.

❖ Aux personnels des services de Chirurgie, de réanimation, de laboratoire, de pharmacie et du bloc opératoire : nous vous sommes très reconnaissants pour votre disponibilité. Ce travail vous appartient. Grand merci.

❖ Aux chauffeurs : nous vous disons merci.

❖ A la Direction de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes : nous disons grand merci pour votre disponibilité.

❖ A la Direction régionale de la santé de Kayes singulièrement à Monsieur Sidy Boubacar Ag Ikou : Merci pour votre disponibilité sans faille.

❖ A tout le personnel du service de traumatologie de l'Hôpital de Kati particulièrement au Docteur Saydou Malliam Thiam pour sa disponibilité et ses qualités humaines.

❖ A tous les personnels du Centre de Santé Communautaire "Adam Bah Konaré" de Malibougou (Kati), du service personnel de Graphique Industrie SA.

❖ A tous mes enseignants de l'école fondamentale et du lycée. Merci pour tout.

❖ A Fatoumata Sissoko dite Assa : c'est pour moi le moment de te signifier toute ma reconnaissance. Ce modeste travail est le tien.

- ❖ A mes amis : Bréhima Ballo, Alassane Sanogo, Sidi Niaré, Sidi Bouaré, Mory Diawara, Issa dit Tièba Coulibaly et Robert Diarra.
Vous m'avez entouré d'une sincère amitié. Merci !
- ❖ Au Docteur Aliou Bagayoko : acceptez ce travail en reconnaissance de votre soutien.
- ❖ Aux familles :
 - Keita, Traoré, Bengaly et Diakité à Kati,
 - Diabaté à Lobougoula
 - Coulibaly et Touré à Kayes.
- ❖ A Nassoun Coulibaly : je n'ai pas de mots pour te témoigner mes sentiments au moment où nous achevons ce travail. Tu as été du début à la fin de l'élaboration de ce document. Tu as mes remerciements les plus sincères pour sa mise en forme et ton soutien matériel incommensurable. Je ne t'oublierai jamais.
Ma famille et moi te disons infiniment merci.
- ❖ A tous ceux qui ont apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail et que nous avons omis de citer. Nous vous remercions de tout notre cœur.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et Président du Jury
Professeur Amadou Ingré Dolo
Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique à la FMPOS
Chef du service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré
Secrétaire général de la SAGO
Président du réseau national de lutte contre la mortalité maternelle

Vous nous faites un grand honneur et un immense plaisir en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur, votre souci constant du travail bien fait, votre faculté d'écoute, votre disponibilité, votre respect de la vie humaine ont forcé notre admiration. L'éloquence de vos propos, votre expérience médicale, votre amour pour la gynécologie obstétrique et vos nombreux combats pour la vie à travers la mère et le nouveau né ont éveillé en nous dès nos premiers pas à la faculté, le désir et l'amour de cette discipline.

Veillez recevoir honorable maître l'expression de ma profonde gratitude. Puisse Allah vous prêter heureuse et longue vie.

A notre Maître et juge
Docteur Boubacar Traoré
Spécialiste en Gynécologie obstétrique
Médecin chef du centre de santé de référence de la commune VI

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à ce jury. Votre disponibilité et votre abord facile ont forcé notre admiration. Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde considération.

A notre Maître et Codirecteur de thèse
Docteur Niara Bengaly
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
Directeur général de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes
Chef du service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Les mots nous manquent pour exprimer le sentiment qui nous anime après toutes ces années passées auprès de vous.

Maître vous êtes d'une rigueur, d'un courage, d'un sens social élevé si peu communs.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de courtoisie et surtout de simplicité.

Nous vous prions d'accepter le pardon pour les comportements quelque fois peu commodes durant notre séjour dans votre service.

Puisse Dieu vous garde en sa sainte protection et vous soutenir dans vos projets futures.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur agrégé Mamadou Traoré
Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V
Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle
Secrétaire Général Adjoint de la SAGO

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre simplicité, votre culture scientifique, votre humanisme, votre disponibilité, votre qualité de pédagogue et votre amour du travail bien fait font de vous un maître admiré et respecté.

Recevez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et notre respectueuse reconnaissance.

Puisse Dieu vous ouvrir d'avantage les portes du succès et vous accorder longue vie.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

1. DEFINITION

On appelle rupture utérine, toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus gravide. Cette définition exclue les déchirures du col et les perforations utérines consécutives à une manœuvre abortive ou à un curetage [81].

2. INTERET DU SUJET

Dans de très nombreux pays en voie de développement, particulièrement en Afrique, un très grand nombre de femmes accouchent dans des conditions extrêmement précaires à des dizaines voire des centaines de kilomètres de toute structure médicalisée et avec pour toute assistance celle des accoucheuses traditionnelles qui ignorent en général tout de l'anatomie pelvienne, de l'obstétrique et bien sûr des dystocies.

A ceci s'ajoute l'absence de moyen de transport adéquat vers les centres susceptibles d'assurer un secours obstétrical.

Réunir les fonds nécessaires pour le transport et la prise en charge hospitalière peut demander beaucoup de temps.

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

La rupture utérine est l'une des principales causes de mortalité maternelle en Afrique.

En effet son pronostic materno-fœtal est l'un des plus catastrophiques sur le plan morbidité et mortalité. Elle occupe 30% des principales causes de décès maternel dans les pays en voie de développement [37].

En outre, la rupture utérine occupe la deuxième place des causes de mortalité maternelle à Bamako avec une fréquence de 20% des décès [26].

A l'hôpital Gabriel Touré, elle est de 20% [45].

A l'hôpital de Mopti elle est de 32,9% [36].

La rupture utérine constitue l'un des principaux motifs d'évacuations sanitaires.

Dans nos pays, elle reste l'apanage de l'utérus fragilisé par la multiparité sur des présentations dystociques, des disproportions foeto-pelviennes et des bassins rétrécis.

Dans les pays hautement médicalisés la rupture utérine est exceptionnelle et ne survient que sur des utérus fragilisés par les cicatrices d'intervention antérieure (curetage, césarienne, myomectomie.)

La rupture utérine n'est pas une fatalité.

Son traitement impose parfois l'hystérectomie qui compromet définitivement la procréation chez des femmes encore jeunes et sans enfant, dans des pays où la stabilité du ménage tient aux enfants.

Cette pathologie est en grande partie méconnue de ceux qui définissent les priorités nationales et internationales en matière de santé, car les victimes qui vivent souvent dans les régions reculées, sont des femmes pauvres et analphabètes privées de tout pouvoir politique.

Pourtant sa prévention est possible.

La rupture utérine a été et demeure toujours une préoccupation majeure des obstétriciens et des chirurgiens à travers le monde et le Mali en particulier.

Le premier écrit sur cette pathologie est l'œuvre de Guillemeau au début du XVIIème siècle.

Dans son ouvrage intitulé « DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT » (1620), il montre toute la gravité du pronostic qu'entraîne la déchirure des muscles utérins.

Les premières études africaines ont été faites en Algérie, au Maroc et en Tunisie.

Au Mali, cette pathologie a été l'objet de travaux antérieurs, notamment :

De huit thèses de doctorat en médecine :

✓ KANE M.	[63]	en	1979
✓ DIAKITE M.	[32]	en	1985
✓ BAYO A.	[10]	en	1991
✓ TRAORE Y.	[113]	en	1995
✓ DRABO A.	[36]	en	2000
✓ SIDIBE M.	[106]	en	2000
✓ DEMBELE B T.	[31]	en	2001
✓ FOKO P J	[45]	en	2001

Et de quatre publications :

✓ DE FONTAINE P.	[30]	en	1976
✓ DEMBELE M.		en	1983
✓ DOLO A.	[34]	en	1990
✓ CHEN Yu.	[25]	en	1999

Tous ces auteurs ont conclu à une fréquence élevée des ruptures utérines dans notre pays.

A Kayes aucune étude n'a porté sur la rupture utérine où le problème pourrait être encore plus préoccupant. Il nous a paru utile d'évaluer cette grave complication de l'accouchement pour mieux sensibiliser nos populations, le personnel médical et les autorités administratives, en vue de rechercher et d'insister sur sa prophylaxie, clé de voûte du succès de la lutte contre cette pathologie avec les objectifs suivants :

3. OBJECTIFS

a- OBJECTIF GENERAL :

- ✓ Etudier la rupture utérine à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

b - OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- ✓ Déterminer la fréquence de la rupture utérine,
- ✓ Déterminer les caractéristiques démographiques et obstétricales des patientes,
- ✓ Rapporter les traitements utilisés et leurs résultats,
- ✓ Préciser le pronostic materno-fœtal,
- ✓ Proposer un schéma prophylactique permettant d'éviter le drame.

GENERALITES

GENERALITES

I. ANATOMIE DE L'UTERUS NON GRAVIDE

L'utérus est un muscle creux destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement [81].

A - ANATOMIE DESCRIPTIVE

1. Situation : (schéma n°1 et n°2)

L'utérus est situé dans le bassin sur la ligne médiane entre :

- La vessie en avant,
- Le rectum en arrière,
- Les anses grêles et le colon iléo pelvien en haut,
- Et en bas le vagin.

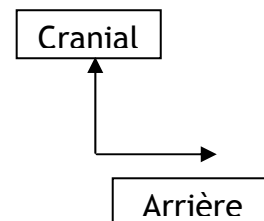
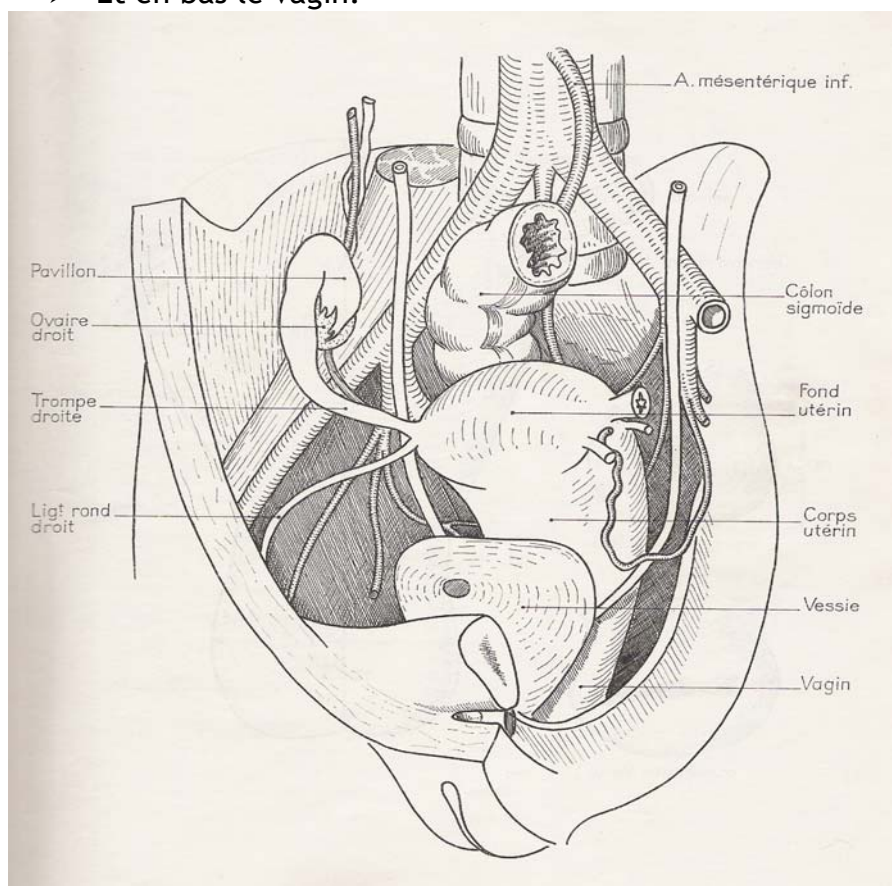


Schéma n° 1 [in 121] : Coupe sagittale du bassin féminin :
Situation de l'utérus

Cranial

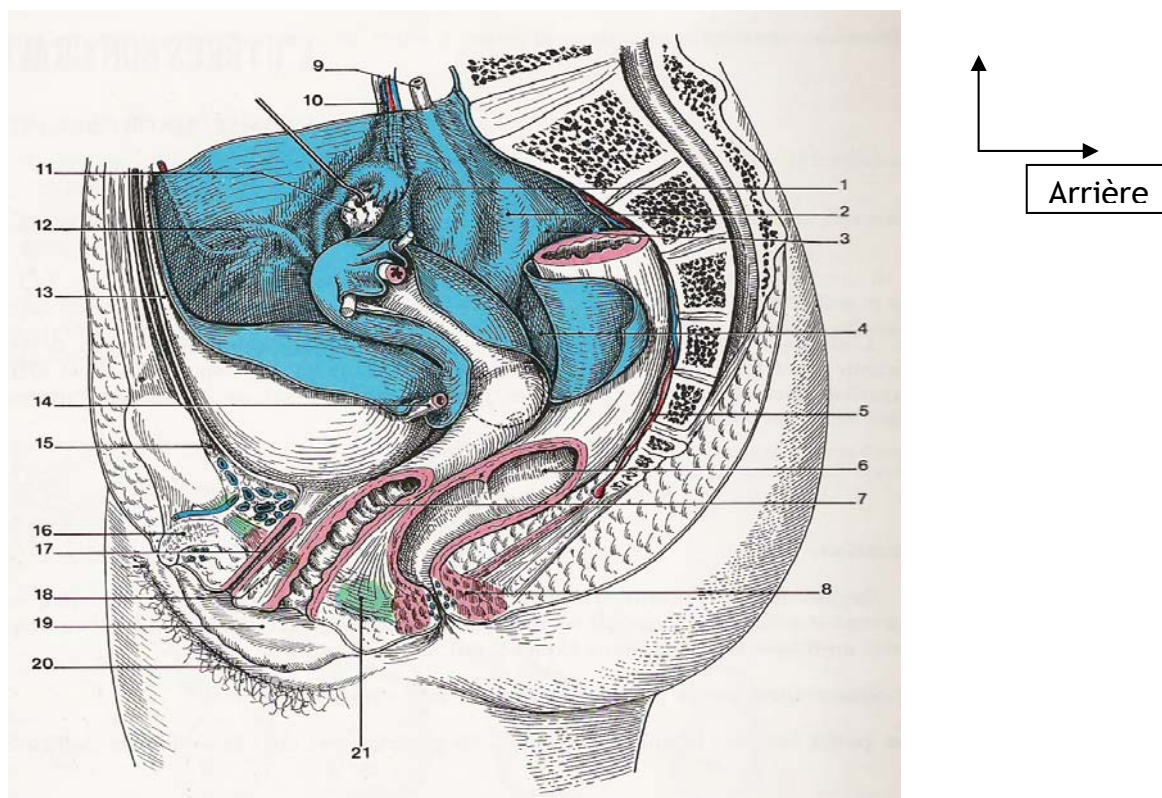
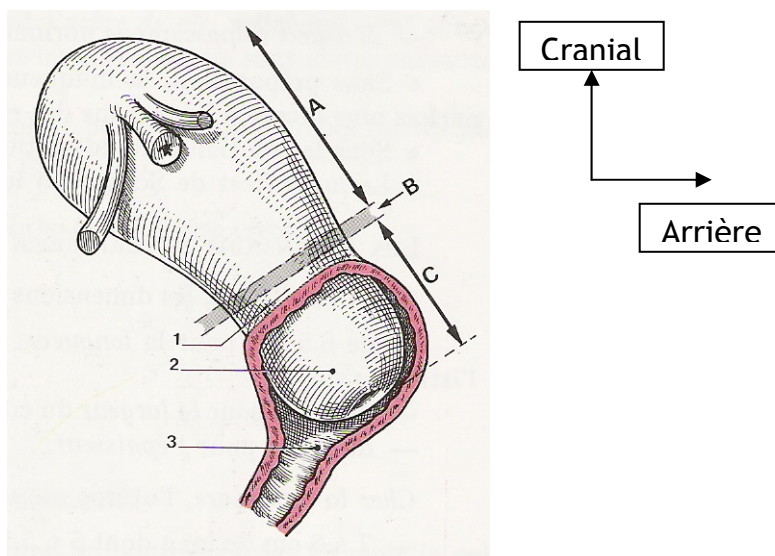


Schéma N° 2 [in 62] : Coupe sagittale paramédiane du bassin féminin

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1- fossette ovarique | 12- lig. Rond |
| 2- fossette infra - ovarique | 13- ouraque |
| 3- pli recto - utérin | 14- uretère gauche |
| 4- cul-de-sac recto - utérin | 15- espace prévésical |
| 5- a. sacrale médiane | 16- clitoris |
| 6- rectum | 17- urètre |
| 7- vagin | 18- m. sphincter de l'urètre |
| 8- m. sphincter externe de l'anus | 19- petite lèvre |
| 9- uretère droit | 20- grande lèvre |
| 10- lig. Suspenseur de l'ovaire | 21- centre tendineux du périnée. |
| 11- ovaire | |

2. Forme : (schéma n° 3)



Parties de l'utérus [in 62] (vue latérale, vagin ouvert)

A- corps

B- isthme

C- col

1- partie supra vaginale du col

2- partie vaginale du col

3- vagin.

Grossièrement il a la forme d'un cône tronqué aplati d'avant en arrière. Son sommet est inférieur. Il comprend trois parties :

- Le corps,
- L'isthme,
- Le col.

2.1-Le corps :

Il est triangulaire et aplati d'avant en arrière. Sa base est dirigée vers le haut et le sommet répond à l'isthme. Il est de consistance ferme. Le corps comprend :

- Deux faces dont :
 - ✓ Une antéro-inférieure qui est lisse,
 - ✓ Une postéro-supérieure qui est convexe.
- Deux angles latéraux,
- Trois bords parmi lesquels on distingue :
 - ✓ Deux bords latéraux qui sont larges,
 - ✓ Un bord supérieur correspondant au fond utérin.

Celui-ci est rectiligne chez la nullipare et devient de plus en plus convexe après plusieurs grossesses.

2.2-L'isthme

Il est rétréci et sépare le corps du col. En avant il est en rapport direct avec la vessie et le fond du cul de sac vésico-utérin.

2.3-Le col :

C'est la partie inférieure de l'utérus. Il est moins volumineux que le corps utérin.

Le vagin s'insère sur sa partie moyenne. Il présente :

- Deux faces : antérieure et postérieure qui sont convexes,
- Deux bords : latéraux arrondis et épais,
- Deux extrémités dont :
 - ✓ Une supérieure qui se confond avec l'isthme,
 - ✓ Une inférieure, le museau de Tanche, s'ouvrant dans le vagin par l'orifice externe du col.

Le toucher vaginal et le spéculum permettent de palper et de voir cette partie du col et son orifice.

Chez la nullipare :

- ✓ Le museau de Tanche a la forme d'un cône, il est lisse de consistance ferme,
- ✓ L'orifice externe a la forme d'un cercle ou d'une fente transversale de 5 à 6 mm de diamètre,
- ✓ On note deux lèvres, une antérieure et l'autre postérieure au bord de cet orifice.

Le col utérin, contrairement au corps se modifie peu pendant la grossesse.

Cependant chaque grossesse provoque des déformations.

Ainsi :

- ✓ Le museau de Tanche s'aplati et devient moins ferme.
- ✓ L'orifice externe de plus en plus s'allonge transversalement.
- ✓ Les bords deviennent irréguliers.

3. Orientation (schéma n° 4)

Elle se fait par rapport d'une part aux axes du corps humain et d'autre part à la position du corps utérin et celle du col.

L'orientation de l'utérus varie d'un sujet à un autre et également avec la pression des organes adjacents.

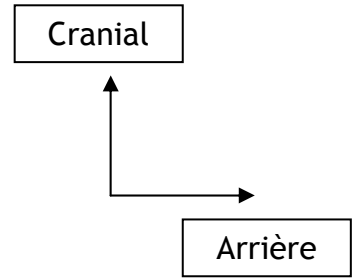
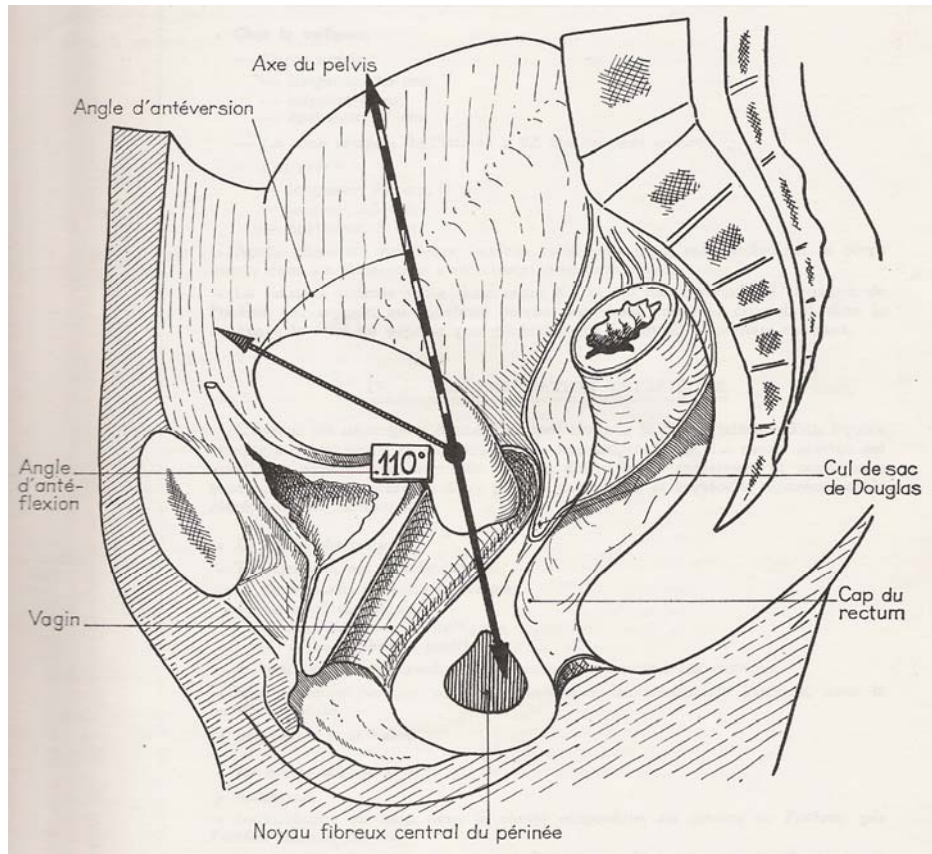
Normalement l'utérus est antéfléchi et antéversé.

On parle d'antéflexion quand l'axe du corps forme avec celui du col un angle de 110° environ. Cet angle est ouvert en avant

Pleins, les organes avoisinants, vessie et rectum, diminuent cette antéflexion.

On parle d'antéversion quand :

- ✓ Le col est basculé en arrière de l'axe du bassin et son orifice externe regarde en arrière,
- ✓ Et le corps utérin est basculé en avant de l'axe du bassin, alors le fond regarde en avant.



Utérus. Orientation Schéma N° 4 [in 121]

4. Dimensions moyennes : (schéma n° 5)

Cas de la nullipare :

➤ Corps utérin :

longueur.....	3,5 cm
largeur.....	4 cm
épaisseur.....	2 cm

➤ Isthme (zone rétrécie) : 0,5 cm environ de haut.

➤ Col utérin :

Longueur	2,5 cm
Largeur	2,5 cm
Epaisseur	2 cm

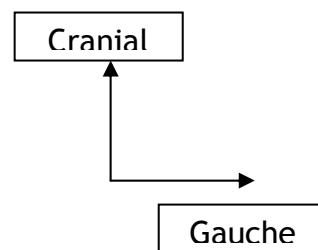
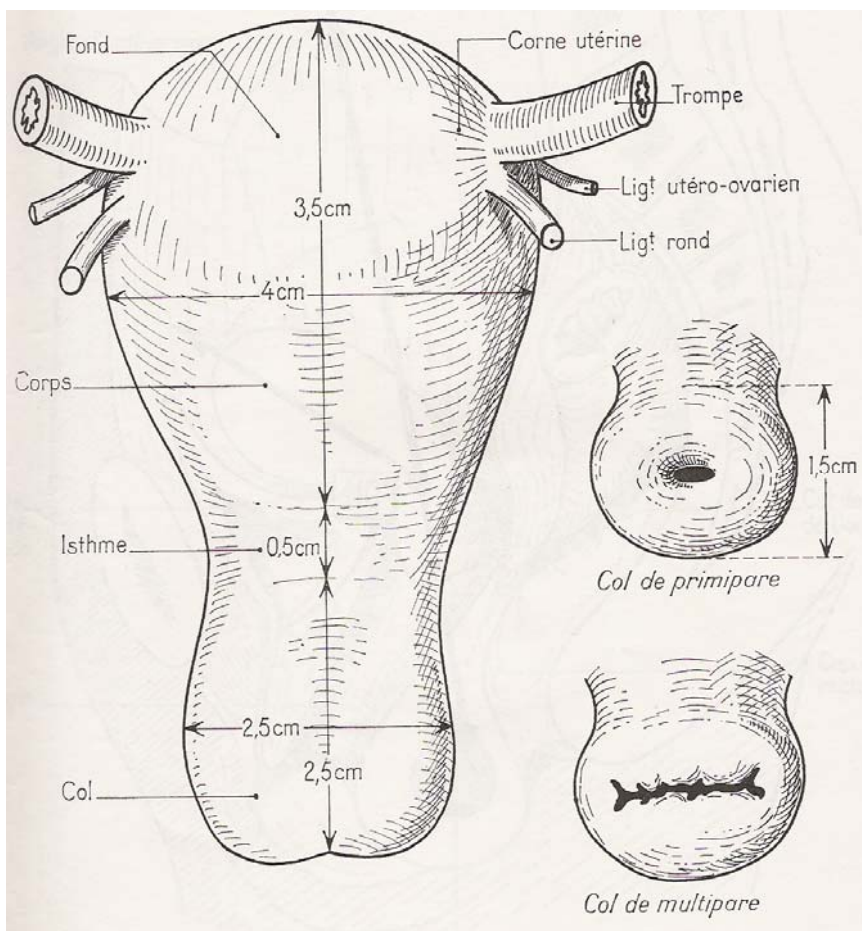


Schéma N° 5 [in 121] : Utérus. Forme. Dimensions

5. Configuration intérieure :

L'utérus est un organe creux. Ces deux parois, antérieure et postérieure, sont accolées. Il a donc une cavité aplatie et normalement virtuelle. Cette cavité comprend deux parties :

5.1- Une cavité corporeale (celle du corps), triangulaire comprenant :

- Deux bords latéraux qui sont convexes,
- Un bord supérieur :
 - ✓ Convexe chez la nullipare,
 - ✓ Concave chez la multipare.
- Deux angles dont :
 - ✓ Un angle supérieur droit,
 - ✓ Un autre supéro-gauche d'où partent les trompes.

La cavité corporeale communique avec celle du col au niveau du rétrécissement isthmique par son angle inférieur.

Elle a des parois lisses.

5.2- Une cavité cervicale :

Elle est fusiforme et communique :

- En haut avec la cavité corporeale au niveau de l'isthme par son orifice interne.
- En bas avec le vagin où elle s'ouvre par l'orifice externe du col (sommet du museau de Tanche)

Elle comprend deux parois, antérieure et postérieure, qui sont striées.

6. Structure : (schéma n° 6)

La paroi utérine se compose de trois tuniques qui sont de dehors en dedans :

6.1- La tunique séreuse ou péritonéale :

Le péritoine qui tapisse la face supérieure de la vessie se réfléchit sur la face antérieure de l'utérus au niveau de l'isthme.

Le col utérin n'a pas de péritoine.

Derrière, le péritoine se réfléchit sur le rectum et la face postérieure du vagin.

Cette face est recouverte sur 2 cm environ de haut.

6.2- La tunique musculaire ou myomètre : disposée en trois couches :

-Au niveau du corps :

La paroi est épaisse et les trois couches sont bien individualisées :

- Couche externe : très mince et disposée en deux plans :
 - ✓ Plan superficiel longitudinal sur les faces antérieures et le fond.
 - ✓ Plan profond circulaire.
- Couche moyenne ou flexiforme : très épaisse, englobe de très nombreux vaisseaux (stratum vasculosum)
- Couche interne : circulaire.

-Au niveau du col

La paroi est moins épaisse et les plans sont moins nets :

- Les couches externes et internes : sont longitudinales et clairsemées.
- La couche moyenne : faite de fibres circulaires forme presque la paroi.

6.3- La tunique muqueuse ou endomètre

Elle est friable et adhère au muscle. Sa structure histologique est variable. Ainsi au niveau :

- Du corps : on lui décrit :
 - ✓ Un épithélium cylindrique à cryptes : glandes utérines,
 - ✓ Une épaisseur qui varie au cours du cycle menstruel,
 - ✓ Et qui forme en cas de grossesse la caduque placentaire.

La muqueuse, au niveau du corps, est dite déciduale.

- Du col, l'aspect varie :
 - ✓ La muqueuse endocervicale : est un épithélium cylindrique muqueux. Parfois ses glandes forment des oeufs de Naboth.
 - ✓ La muqueuse du museau de Tanche est de type vaginal. C'est un épithélium stratifié, pavimenteux, mince. Il n'y a aucune couche cornée.

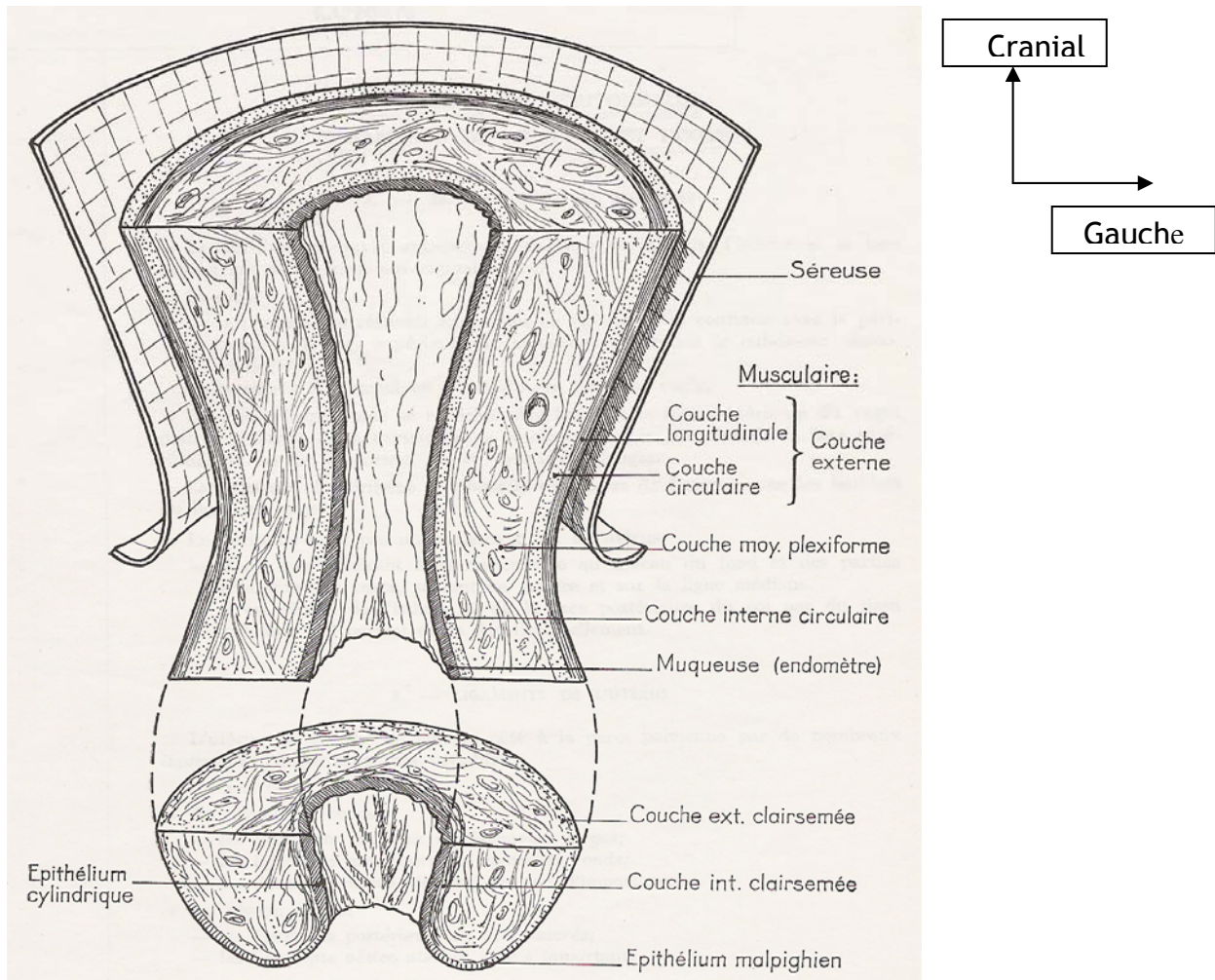


Schéma N° 6 [in 121] : Utérus Structure

B- RAPPORTS DE L'UTERUS : (schéma n° 7)

1. Avec le péritoine :

Le péritoine recouvre entièrement le corps de l'utérus, l'isthme et la face postérieure du segment sus-vaginal du col.

- En avant : le péritoine se réfléchit et se continue avec le péritoine de la face supérieure de la vessie formant le cul-de-sac vésico-utérin.
- En arrière : il se réfléchit plus bas sur la face postérieure du vagin et se continue avec le péritoine de la face antérieure du rectum en formant le cul-de-sac de Douglas.

Il recouvre le vagin sur 2 cm environ.

- Latéralement : il se continue en dehors avec les feuilles du ligament large.

Le péritoine est séparé de l'isthme et de la face postérieure du col par du tissu cellulaire. Ceci permet de le décoller facilement.

2. Avec les ligaments :

L'utérus est attaché de chaque côté de la paroi pelvienne par cinq paires de ligaments d'importances variables :

- Au niveau du corps :
 - ✓ Les ligaments latéraux ou ligaments larges,
 - ✓ Les ligaments antérieurs ou ligaments ronds,
 - ✓ Les ligaments utéro-ovariens, moins importants.
- Au niveau du col :
 - ✓ Les ligaments postérieurs ou utéro-sacrés,
 - ✓ Les ligaments vésico-utérin moins importants.

2.1-Le ligament large :

Il unit le bord latéral du corps utérin à la paroi latérale du bassin. Il est transversal et à la fois oblique :

- En bas et en arrière,
- En dehors et en arrière.

Il a deux faces qui sont antéro-inférieure et postéro-supérieure. Celles-ci :

- ✓ Constituent le péritoine antérieur et postérieur du corps utérin,
- ✓ S'unissent en haut au-dessus de la trompe utérine,
- ✓ Enfin se continuent en dehors et en bas avec le péritoine pariétal.

Le ligament large comprend deux parties :

- ✓ Une partie supérieure mince : le mésosalpinx. Son sommet interne correspond à la corne utérine,
- ✓ Une partie inférieure : le mésométrium, s'élargissant de haut en bas et qui correspond au corps utérin.

Le péritoine du ligament large est doublé par les fibres lisses provenant de la couche superficielle de l'utérus

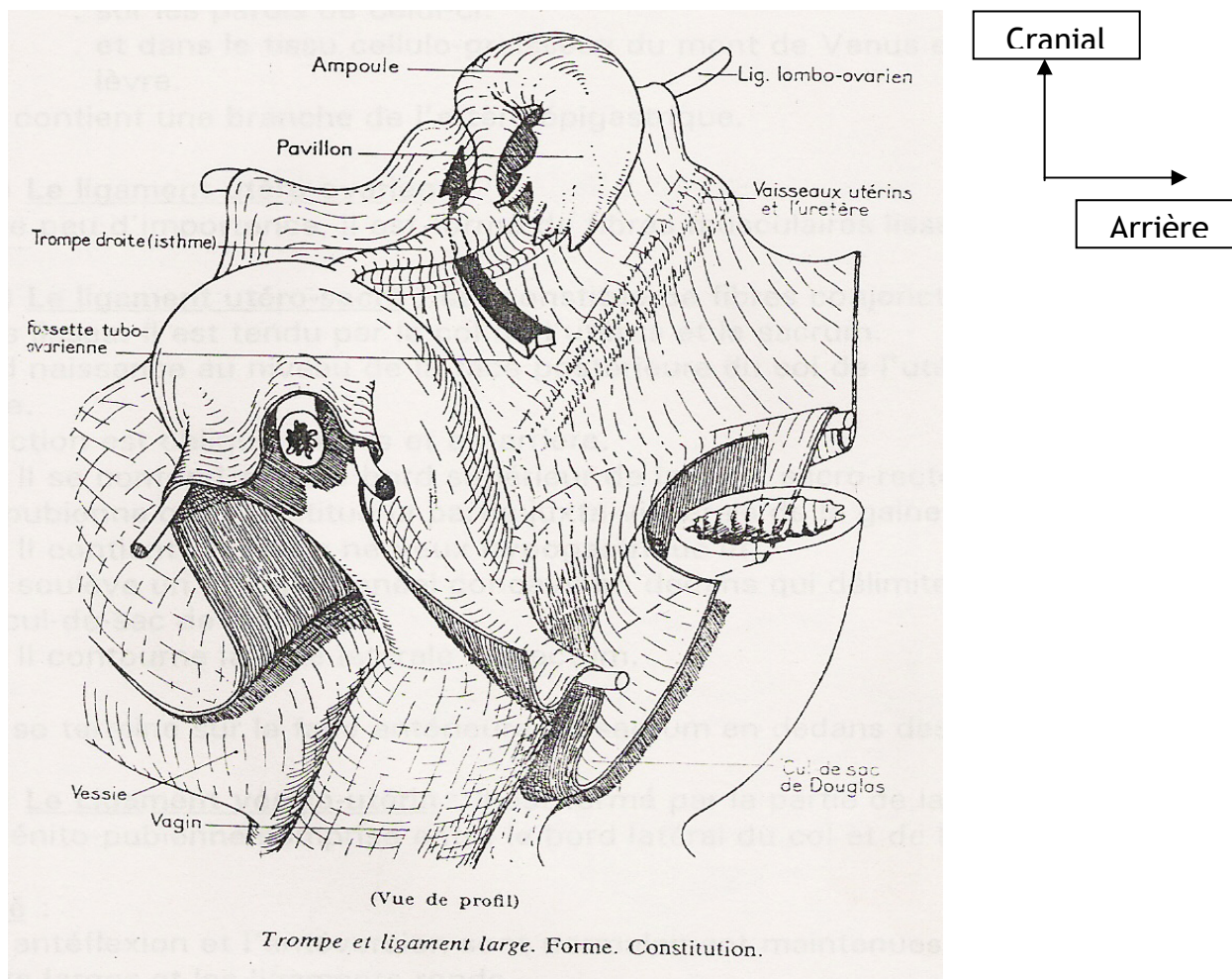


Schéma N°7 [in 121]

2.2-Le ligament rond :

C'est le cordon du tissu conjonctif et musculaire lisse.

Il est fixé sur l'utérus à deux niveaux :

- Au niveau de l'angle latéral du corps,
- Au-dessus et en avant de la trompe.

Oblique, en avant et en dehors en formant l'aileron antérieur du ligament large dont il soulève le feuillet antéro-inférieur, puis dans le canal inguinal, il se termine :

- ✓ Sur les parois de celui-ci,
- ✓ Et dans le tissu cellulo-graisseux du mont de Venus et de la grande lèvre.

Il contient une branche de l'artère épigastrique.

2.3-Le ligament utéro-ovarien :

De peu d'importance, il est formé de fibres musculaires lisses.

2.4-Le ligament utéro-sacré :

Est constitué de fibres conjonctives et musculaires lisses. Il est tendu par le col de l'utérus et le sacrum.

Il prend naissance au niveau de la face postérieure du col de l'utérus et de l'isthme.

Sa direction est oblique en bas et en arrière.

- Il se confond avec le bord supérieur de la lame sacro-recto-génito-pubienne que constitue la partie juxta-viscérale de la gaine hypogastrique.
- Il contient le plexus nerveux hypogastrique et,
- Soulève un repli péritonéal concave en dedans qui délimite latéralement le cul-de-sac de Douglas.
- Il contourne la face latérale du rectum.

Il se termine sur la face antérieure du sacrum en dedans des trous sacrés.

2.5-Le ligament vésico-utérin : il est formé par la partie de la lame sacro-recto-génito-pubienne comprise entre le bord latéral du col et de la vessie.

3. Fixité :

L'antéflexion et l'antéversion sont normalement maintenues par les ligaments larges et les ligaments ronds.

La mobilité du corps utérin est relative et n'est qu'une mobilité de position par rapport au col. Cette position est variable.

L'utérus est maintenu en place par la fixité du col. Les soutiens du col sont multiples :

- Le col s'appuie sur la face postérieure du vagin. Son axe est oblique en bas et en arrière dans l'antéversion normale.
- Le vagin qui est oblique en bas et en avant traverse la fente uro-génitale que forme le releveur de l'anus.

En conclusion les éléments essentiels de la statistique génitale sont : les releveurs de l'anus, les muscles et les aponévroses du périnée.

C- INNERVATION ET VASCULARISATION

1. Vascularisation (Schéma n° 8)

VAISSEAUX DE LA TROMPE ET DE L'OVAIRE

ASPECTUS POSTRIOR

VUE POSTERIEURE (TROMPE ETALÉE)

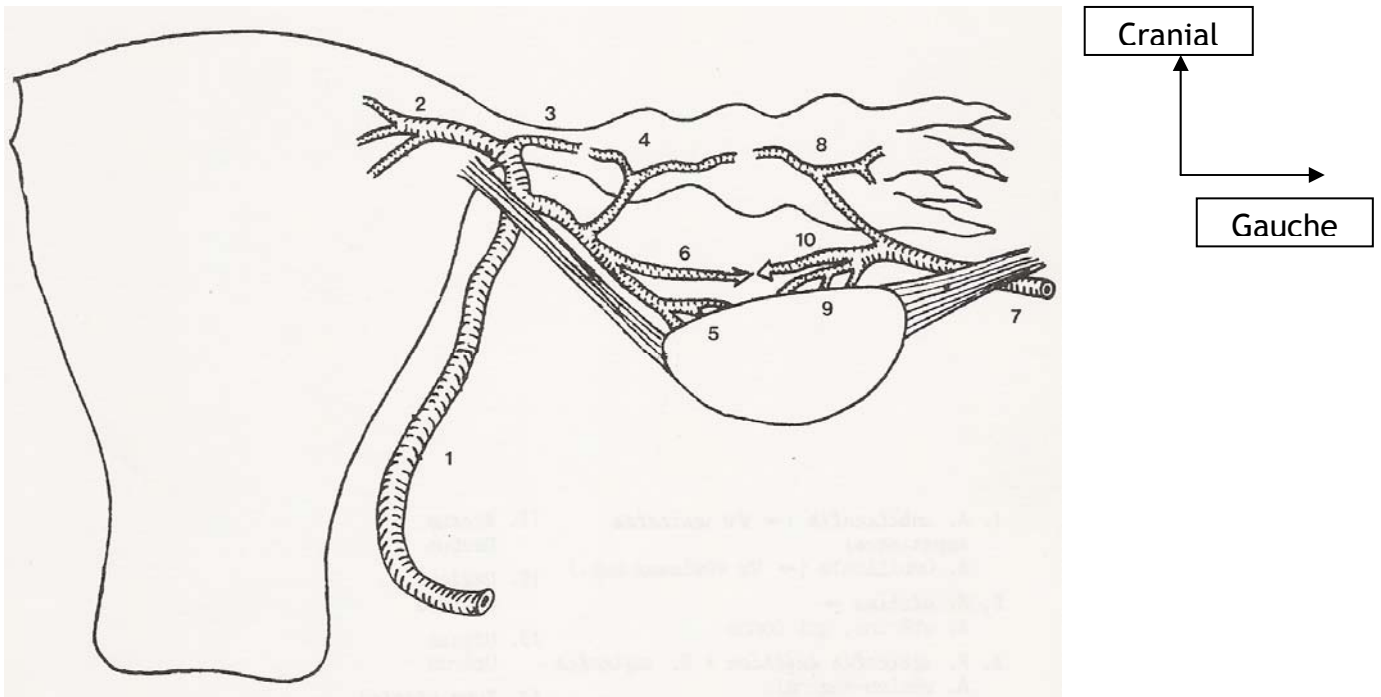


Schéma N° 8 [in 84]

- | | |
|---|---|
| 1. <i>A. uterina</i>
<i>A.. utérine</i> | 6. <i>Anastomosis subovarica</i>
<i>Anastomose sous - ovarienne</i> |
| 2. <i>R. Fundi uteri</i>
<i>Branche fundique</i> | 7. <i>A. ovarica</i>
<i>A. utéro-ovarienne</i> |
| 3. <i>R. tubarius internus</i>
<i>A tubaire int.</i> | 8. <i>R. tubarius exter</i>
<i>A. tubaire ext.</i> |
| 4. <i>R. tubarius medius</i>
<i>A. tubaire moy.</i> | 9. <i>Ramus ovaricus</i>
<i>Branche Ovarienne</i> |
| 5. <i>Ramus ovaricus</i>
<i>Branche ovarienne</i> | 10. <i>Anastomosis subovarica</i>
<i>Anastomose sous - ovarienne</i> |

1.1-Les artères : l'utérus reçoit ses vaisseaux de l'artère utérine.

L'artère utérine croise l'uretère, aborde ensuite le col utérin au-dessus du cul-de-sac latéral du vagin et monte de manière sinueuse sur le côté de l'utérus.

Dans cette ascension, elle se rapproche du col, s'accolant ainsi au bord latéral du corps utérin.

Les rameaux de division pénètrent l'épaisseur du corps, parcourent les anneaux musculaires de la couche plexiforme en devenant rectiligne.

Le col est irrigué par les artères cervico-vaginales. Celles-ci se bifurquent pour donner une branche antérieure et une branche postérieure.

L'artère ovarique naît de l'aorte abdominale. Elle se termine à l'extrémité supéro-latérale de l'ovaire.

L'artère du ligament rond naît de l'artère épigastrique.

1.2-Les veines : Les veines de l'utérus se jettent dans les plexus utérins sur ses côtés. Ces plexus après une anastomose en haut avec les veines ovariennes, se déversent dans les troncs hypogastriques par les veines utérines.

2. Innervation :

Les nerfs de l'utérus viennent du bord antérieur du plexus hypogastrique.

Ils suivent le ligament utéro-sacré en cheminant dans sa partie antéro-supérieure.

Ils abordent l'isthme et la partie sus-vaginale du col.

II -ANATOMIE DE L'UTERUS GRAVIDE

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

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

A- ANATOMIE DESCRIPTIVE ET RAPPORTS

1- Le corps de l'utérus :

1.1-Anatomie macroscopique :

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

	<i>Hauteur</i>	<i>Largeur</i>
✓ Utérus non gravide	6-8 cm	4-5 cm
✓ A la fin du 3 ^e mois	13 cm	10 cm
✓ A la fin du 6 ^e mois	24 cm	16 cm
✓ A terme	32 cm	22 cm

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

- **Capacité** : non gravide, la capacité de l'utérus est de 2-3 ml. A terme, elle est de 4-5 l.
- **Poids** : l'utérus non gravide pèse environ 50 grammes. A terme, son poids varie de 900 à 1200 grammes.
- **Epaisseur des parois** : elle varie :
 - ✓ Au début de la grossesse les parois s'hypertrophient, puis s'amincissent progressivement en proportion de la distension de l'organe.
 - ✓ A terme, l'épaisseur des parois est :
 - 8-10 cm au niveau du fond,
 - 5-7 cm au niveau du corps.
 - ✓ Après l'accouchement, elles se rétractent et deviennent plus épaisses qu'au cours de la grossesse.
- **Consistance** : Non gravide, l'utérus est ferme ; il devient mou pendant la grossesse.
- **Situation** : (schéma n° 9 et n° 10)

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

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

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

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

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

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

➤ **Rapports** : (schéma n° 11)

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

A terme : l'utérus est abdominal :

- ✓ En avant : sa face antérieure répond à la paroi abdominale. Il n'y a pas d'interposition d'épiploon ou d'anses grêles chez la parturiente en dehors d'opération ayant porté sur la cavité abdominale. Elle rentre en rapport dans sa partie inférieure avec la vessie lorsque celle-ci est pleine.
- ✓ En arrière, l'utérus est en rapport avec :
 - La colonne vertébrale ; la veine cave inférieure et l'aorte sur les flancs,
 - Les muscles psoas croisés par les uretères,
 - Une partie des anses grêles.
- ✓ En haut : le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut rentrer en rapport avec les fosses côtes.
A droite, il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire.
- ✓ Le bord droit est tourné vers l'arrière, il rentre en contact avec le cœcum et le colon ascendant.
- ✓ Le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et, en arrière au colon ascendant.

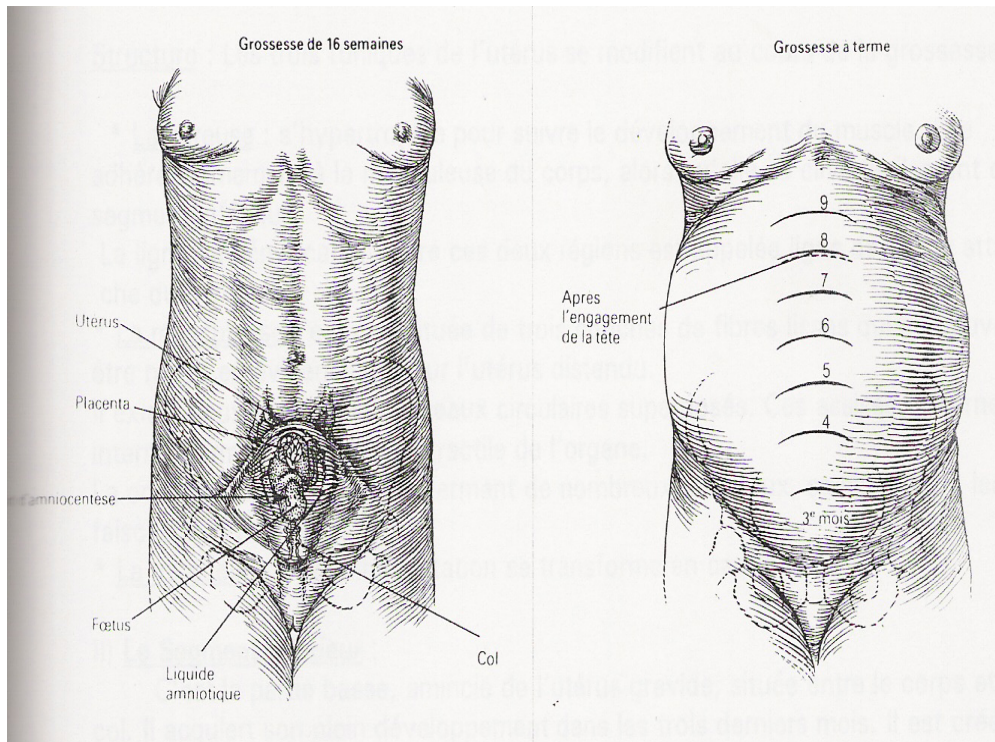


Schéma N° 9 [in 103]

Schéma N° 10 [in 103]

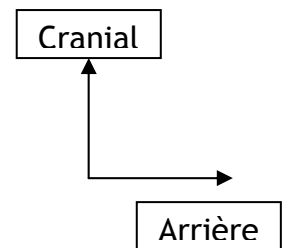
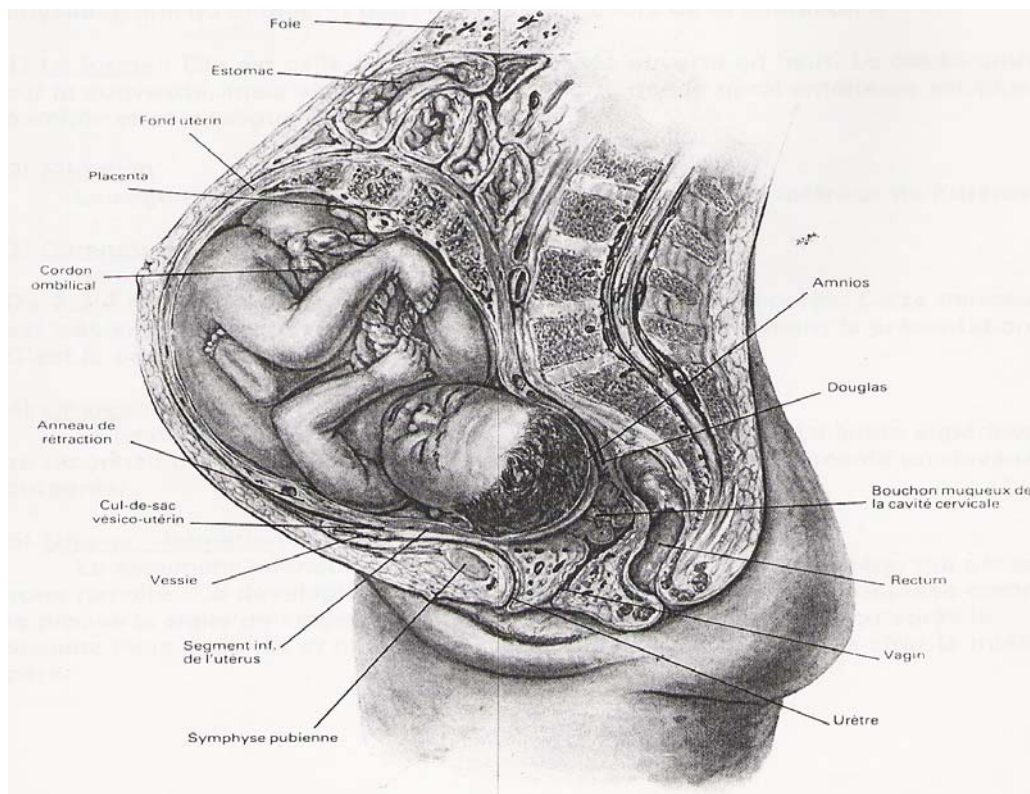


Schéma N° 11 (in 103) : Grossesse à terme (rapports de l'utérus gravide)

1.2- Anatomie microscopique

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

- ✓ La séreuse : s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle. Elle adhère intimement à la musculuse du corps, alors qu'elle se clive facilement du segment inférieur.
La ligne de démarcation entre ces deux régions est appelée ligne de solide attache du péritoine.
- ✓ La musculuse : est constituée de trois couches de fibres lisses qui ne peuvent être mises en évidence que sur l'utérus distendu.
Il existe deux assises de faisceaux circulaires superposés. Ces assises, externe et interne, forment la partie contractile de l'organe.
La couche plexiforme, en renfermant de nombreux faisceaux, se situe entre les faisceaux circulaires.
- ✓ La muqueuse : dès l'implantation, se transforme en caduque.

2-Le segment inférieur :

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

2.1-La forme :

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

2.2-Situation :

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

2.3-Caractères :

Sa minceur est le caractère essentiel. De 2 à 4 cm d'épaisseur, le segment inférieur s'oppose au corps. Cette minceur est très accentuée quand le segment inférieur coiffe intimement la présentation. C'est le cas de la présentation du sommet.

2.4-Limites :

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

2.5-Origine - formation :

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

2.6-Structure :

Le segment inférieur constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques. Il s'identifie véritablement par sa texture amincie.

Aussi une césarienne segmento-corporéale montre-t-elle l'évidence des variations d'épaisseur.

Histologiquement, le segment inférieur n'a pas de couche plexiforme du myomètre. Or, cette couche est la plus résistante.

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

2.7-Physiopathologie :

L'importance du segment inférieur est considérable au triple de vue clinique, physiologique et pathologique.

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

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

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

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

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

- ✓ C'est sur lui que s'insère le placenta praevia,
- ✓ C'est lui qui est intéressé dans presque toutes les ruptures utérines.

2.8-Rapports du segment inférieur :

- **En bas :** La limite inférieure du segment inférieur correspond à l'orifice interne du col.
- **En haut :** extérieurement le segment inférieur est limité par la zone de transition entre le péritoine adhérent et le péritoine clivable.
- **Face antérieure :** il est recouvert par le péritoine viscéral, solide, peu adhérent et facilement décollable. Ceci permet de bien protéger la cicatrice utérine après une césarienne segmentaire.

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

Séparée du segment inférieur par du tissu conjonctif lâche, la vessie peut-être facilement décollée et refoulée vers le bas

Il y a une ascension de la vessie en fin de gestation lorsque la présentation est engagée. Ainsi elle a tendance à devenir sus-pubienne. Elle peut masquer le segment inférieur suivant son degré de réplétion.

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

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

- **Face postérieure :** par l'intermédiaire du cul-de-sac de Douglas, devenu plus profond, le segment inférieur répond au rectum et au promontoire.
- **Faces latérales :** elles sont en rapport avec la base du ligament large dont les feuillets, antérieur et postérieur s'écartent fortement.
Dans ce paramètre se trouvent les rapports chirurgicaux importants : l'artère utérine et l'uretère pelvien.
La dextro-rotation utérine rend plus intime au segment inférieur les rapports latéraux droits, exposant ainsi en avant le pédicule utérin gauche distendu. Cette situation explique la fréquence des lésions du pédicule utérin gauche au cours de la rupture utérine.

3-Le col de l'utérus :

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

3.1-Forme et volume :

Ne changent presque pas.

3.2-Situation et direction :

Elles ne changent qu'à la fin de la grossesse lorsque la présentation s'accommode ou s'engage.

Reporté souvent en bas et en arrière, c'est vers le sacrum que le doigt l'atteint au cours du toucher vaginal.

3.3-Consistance :

Devient plus molle.

Près du terme, le col est formé d'une masse centrale de tissus non contractiles.

3.4-Etat des orifices :

Ne varie pas. Ils restent fermés jusqu'au début du travail chez la primipare.

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

L'orifice interne peut être lui aussi perméable au doigt dans le dernier mois. Il peut être franchement dilaté mais le col conserve sa longueur et ne s'efface pas avant le travail.

L'effacement et la dilatation du col sont deux phénomènes caractéristiques du travail.

Ils ne sont que la suite naturelle de l'ampliation et de la formation du segment inférieur.

B- VASCULARISATION DE L'UTERUS GRAVIDE :

1-Les artères :

Les branches de l'artère utérine, augmentent de longueur. Elles restent cependant flexieuses. De chaque côté, elles s'anastomosent entre elles, mais non avec celles du côté opposé.

Il existe une zone médiane longitudinale peu vascularisée qui est empruntée par l'incision de l'hystérotomie dans la césarienne corporéale.

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

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

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

Cette disposition permet la dilatation du col.

2-Les veines :

Elles sont considérablement développées et forment les gros troncs veineux latéro-utérin. Ceux-ci collectent les branches corporéales réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche plexiforme.

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

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

- ✓ Muqueux,
- ✓ Musculaire,
- ✓ Sous-séreux.

C- INNERVATION :

Deux systèmes sont en jeu :

1-Le système intrinsèque :

C'est un appareil nerveux autonome.

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

2-Le système extrinsèque :

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

Ces plexus proviennent :

- ✓ Des racines lombaires : sympathiques ou nerfs splanchiques pelviens,
- ✓ Des racines sacrées de nature parasymphatique.

III - PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS PENDANT LE TRAVAIL

L'utérus se contracte d'un bout à l'autre de la grossesse. Au début les contractions utérines sont espacées, peu intenses et indolores. Elles sont infra-cliniques.

En fin de grossesse des contractions utérines appelées contractions de Braxton-Hicks sont souvent perceptibles mais sont indolores et n'entraînent pas de modifications du col. Au cours du travail elles se rapprochent, deviennent plus violentes et douloureuses.

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

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

Les contractions utérines ont un double but :

- La dilatation du col,
- L'accommodation foeto-pelvienne.

A- LA DILATATION DU COL :

C'est le temps le plus long du travail d'accouchement. Il comprend plusieurs étapes :

1- Phase préliminaire ou phase de formation du segment inférieur :

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

Cette phase se fait aux dépens de l'isthme utérin démusclé, élastique, aminci qui s'individualise nettement du reste de l'utérus. Le segment inférieur formé, se moule alors sur la présentation par sa tonicité et son élasticité, rendant la présentation immobile : C'est l'adaptation foeto-segmentaire.

2- Phase concomitante :

Se caractérise par :

- Le décollement du pôle inférieur de l'œuf.
- La formation de la poche des eaux.

3- Phase de réalisation :

C'est celle de la dilatation proprement dite.

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

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

B- L'ACCOMMODATION :

Qui comprend :

- L'engagement : c'est le franchissement par la présentation de l'aire du détroit supérieur,
- La descente intra-pelvienne et la rotation,
- Le dégagement : les contractions des muscles abdominaux et le réflexe de poussée sont indispensables pour que l'expulsion du fœtus ait lieu. Ils sont associés aux contractions utérines.

Les contractions utérines sont essentielles et indispensables pour la bonne marche de l'accouchement et de ses phénomènes préparatoires.

Elles constituent la force motrice de l'utérus gravide et assurent l'hémostase après la délivrance.

IV - MECANISME DES RUPTURES

A- ANALYSE DES CONTRACTIONS UTERINES ANORMALES :

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

1. Hypercinesie de fréquence :

C'est l'excès de fréquence des contractions utérines. En cas d'obstacle praevia, les contractions utérines entraînent rapidement une rétraction utérine avec comme conséquence la rupture utérine. Il faut craindre une inertie après cette «tempête » de contractions.

2. Hypertonie utérine :

L'utérus est continuellement tendu, dur. La palpation est douloureuse, même dans l'intervalle des contractions utérines. C'est un défaut de relâchement du myomètre entre les contractions.

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

3. Rétraction utérine :

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

- Travail prolongé avec rupture précoce de la poche des eaux,
- Lutte de l'utérus contre un obstacle praevia,
- Enfin en cas de présentation vicieuse abandonnée à elle-même.

C'est la rétraction de tout le muscle utérin. Le grand danger est la rupture utérine.

4. Inertie utérine :

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

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

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

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

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

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

B- THEORIES :

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

1. la théorie de BANDL :

Cette théorie explique surtout les ruptures utérines par dystocies osseuses.

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

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

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

L'anneau de BANDL s'explique par la rétraction exacerbée de l'utérus avec un étirement du segment inférieur.

L'utérus prend alors une forme caractéristique : celle du sablier.

Cette situation aboutit à une mort fœtale in utero, puis à la rupture utérine proprement dite.

2. La théorie de l'usure perforante :

Ici, la rupture s'expliquera par une compression prolongée et de plus en plus accrue de la paroi utérine sur le relief du détroit supérieur.

Le muscle utérin est toujours pris dans un étau dont l'un des bords est constitué par le pôle fœtal et l'autre par la paroi pelvienne.

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

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

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

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

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

La théorie de BANDL et celle de BRENS ne s'opposent pas. Suivant la nature étiologique, ces deux mécanismes aboutissent à la rupture utérine, soit chacun pour son propre compte, soit en additionnant leurs effets.

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

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

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

C- CAS PARTICULIERS :

1. Des ruptures corporéales :

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

C'est la distension de ce point faible, zone amincie et peu élastique dont l'expansion est souvent limitée (en plus des adhérences péritonéales), qui aboutit à l'apparition de la solution de continuité.

La désunion peut se faire vers le début du travail quand les contractions seront de plus en plus rapprochées.

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

Le passage brutal et rapide du mobil fœtal à travers un orifice peu dilaté explique cette association :

Suivant la violence du traumatisme, on peut observer :

- Des ruptures cervico-segmentaires simples,
- Des ruptures cervico-segmento-corporéales.

V -ANATOMIE - PATHOLOGIE DES RUPTURES UTERINES

L'étude anatomo-pathologique permet de dégager les caractères essentiels des ruptures utérines. La description des lésions est capitale et doit figurer dans le protocole opératoire.

La conduite à tenir est dictée par la nature des lésions.

A- LE SIEGE :

Deux grands groupes :

- Les ruptures utérines segmentaires,
- Les ruptures utérines corporéales.

1. Les ruptures utérines segmentaires :

Elles sont de loin les plus fréquentes. Complètes ou non, traumatiques ou spontanées, iatrogènes ou non, elles peuvent souvent siéger en tout point du segment inférieur.

Il peut s'agir d'une rupture utérine segmentaire antérieure ou postérieure. Les deux faces peuvent être atteintes.

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

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

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

Cependant AUDEBERT et TOURNEUX, cités par DIAKITE M. [32], avaient observé dans deux cas une régénération musculaire complète avec «restitio ad integrum».

PICAUD A. [95] met l'accent sur le soins qu'il faut attacher à éviter de saisir la muqueuse lors des sutures musculaires.

L'examen histologique de douze cicatrices fait retrouver dans tous les cas la présence d'éléments endométriaux au sein du tissu musculaire. Ces éléments constituent une cause d'ilots d'endométriotes qui compromettent la solidité de la cicatrice [32].

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

2. Ruptures utérines corporéales :

Sont les plus rares.

Le plus souvent complètes, les ruptures utérines corporéales intéressent les trois tuniques : péritonéale, musculaire, séreuse.

Elles sont très souvent le fait d'une cicatrice antérieure : hystérotomie, curetages trop appuyés après avortement, myoméctomie. Elles peuvent être fundiques ou antérieures.

3. Ruptures segmento-corporéales ou cervico-corporéales :

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

B- LA DIRECTION :

Elle peut être :

- Longitudinale sur le fond et les bords : c'est le cas fréquemment rencontré dans les ruptures corporéales,
- Oblique,
- Transversale : cas fréquent des ruptures utérines segmentaires,
- En « T » ou en « L ».

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

C- L'ETENDUE :

Elle est variable.

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

Les troubles vasculaires sont très importants à type de :

- ✓ nécrose,
- ✓ infarctissement,
- ✓ et d'ischémie.

Les lésions infectieuses ne sont pas rares.

D- LA PROFONDEUR : On distingue :

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

Elles peuvent être linéaires ou stellaires quand l'organe est éclaté.

La lumière utérine est en contact avec la cavité abdominale. Aussi trouve-t-on un hémopéritoine, mélangé parfois à du liquide amniotique où baigne le fœtus.

Le placenta est souvent retrouvé, décollé, dans la cavité abdominale.

Les ruptures complètes peuvent siéger aussi bien au niveau du corps que du segment inférieur.

2. Ruptures utérines incomplètes :

Les trois tuniques ne sont pas toutes atteintes.

Ainsi on distingue les ruptures utérines sous-péritonéales épargnant la séreuse des ruptures extra-muqueuses qui, elles, respectent l'endomètre. Celles-ci sont rares. Elles s'expliquent par le fait que, sans pathologie préalable, la rupture sur utérus apparemment normal se propage toujours de la séreuse vers la muqueuse.

Des ruptures de ce type ont été observées sur des utérus infarciés au cours d'intervention pour décollement prématuré du placenta normalement inséré [80].

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

- ✓ Le décollement plus ou moins étendu du péritoine, et
- ✓ L'hématome péri utérin et sous-péritonéal.

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

En effet, il infiltre le ligament large, pénètre les paramètres et dissèque par son extension tous les éléments du plexus de **LEE FRANCKENHAUSER** entraînant de ce fait des morts subites.

3. Ruptures utérines compliquées :

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

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

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

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

Au point de vue clinique, c'est une bonne règle de toujours vérifier l'intégrité vésicale après toute intervention obstétricale laborieuse : on introduit une sonde rigide dans la vessie, et on explore au doigt par le vagin, sonde en place. Au besoin on inspecte à la vue sous valves et, si l'on reconnaît une brèche vésicale, on en précise le siège et les caractères. Mais les brèches passent très souvent inaperçues de façon immédiate.

Pendant les suites de couches, un écoulement continu d'urine se produit par le vagin. On reconnaît alors la fistule par l'inspection sous valves, en s'aidant parfois d'une instillation intra-vésicale d'un liquide coloré (bleu de méthylène dilué par exemple).

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

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

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

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

En l'absence de traitement, des lésions irritatives de la face interne des cuisses se produisent, le psychisme s'en ressent, et plus tardivement l'infection ascendante serait possible [81].

Ces malades sont très souvent rejetées par la société.

Les fistules recto-vaginales sont exceptionnelles.

Les uretères sont atteints dans leur trajet pelvien.

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

Toute rupture compliquée est extrêmement grave. L'importance et la complexité des lésions rendent le pronostic vital très mauvais.

E - L'ASPECT DES BORDS LESIONNELS :

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

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

Les lésions peuvent avoir des bords :

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

F- LE CONTENU UTERIN :

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

VI- RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE :

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

A - RETENTISSEMENT FŒTAL :

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

1. En pré-partum :

La rupture utérine entrave très sérieusement les échanges materno-fœtaux. Le placenta décollé ou non, une brèche utérine compromet la circulation foeto-placentaire. Expulsé dans la cavité abdominale, le fœtus est le plus souvent mort. Le fœtus a succombé pendant la période de rétraction utérine, ou meurt après la rupture.

Le fœtus peut rester vivant dans les ruptures tardives et discrètes, révélées seulement pendant la période de délivrance, et surtout dans les désunions de cicatrice [80]. Il est alors, encore dans la cavité utérine avec le plus souvent une poche des eaux intactes. L'intervention a pu, dans ce cas, être faite sans délai.

2. En post-partum :

La rupture utérine est la conséquence de l'expulsion du fœtus. Plusieurs variantes sont possibles :

- ✓ Le fœtus est vivant ; il n'a pas souffert.
- ✓ Le fœtus peut souffrir d'un travail trop long ou par l'application de manœuvres extractives mal faites.
- ✓ Le fœtus est déjà mort in utero ; cette mort est la conséquence d'une rétention par travail prolongé.

B - RETENTISSEMENT MATERNEL :

Deux éléments le déterminent.

1. Le choc :

Il est dû, entretenu et aggravé par l'hémorragie. L'hémopéritoine a trois origines :

- Les berges utérines lésées,
- La désinsertion du placenta,
- Enfin la rupture des gros pédicules vasculaires utérins qui cheminent latéralement le long de l'utérus.

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

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

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

C'est donc une règle de bonne clinique que, pendant ou après l'accouchement la survenue d'un état de choc dont l'origine n'apparaît pas clairement doit conduire à la vérification soigneuse du segment inférieur [77].

D'autres facteurs peuvent intervenir pour aggraver l'état général déjà précaire de la parturiente. Ce sont :

- ✓ La fatigue par un travail pénible et trop long,
- ✓ Un mauvais état général avec dénutrition et anémie,
- ✓ Les conditions d'évacuation (pistes et moyens d'évacuations déplorables).

Ont été cités comme facteurs d'aggravation du choc, l'embolie amiotique dans les veines utérines rompues et la coagulation intra-vasculaire disséminée par passage dans le sang de thrombo-plastine au niveau de la caduque et du placenta. Le choc rend difficile le traitement par manque de réanimation adéquate et « assombrit » le pronostic maternel per et post-opératoire.

2. L'infection :

Elle est citée par plusieurs auteurs.

Deux faits importants sont à retenir :

- Quand la rupture de la poche des eaux remonte à 6 heures, il faut craindre l'infection. Si elle atteint 12 heures, l'infection est certaine.
- Mal traitée, si la malade ne meurt pas par choc, elle mourra d'un état septicémique.

Le degré d'infection détermine, entre autres facteurs, le geste chirurgical. L'infection et l'anémie forment un cercle vicieux, l'une étant aggravée par l'autre.

VII -ETIOLOGIES

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

A- RUPTURES PENDANT LA GROSSESSE :

Elles se divisent en deux grands groupes :

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

1. Ruptures utérines provoquées :

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

- ✓ Une arme blanche (coup de couteau),
- ✓ Une arme à feu [7],
- ✓ Corne de bovidé.

Il peut s'agir d'une contusion de l'abdomen, par écrasement par exemple, et les accidents de la voie publique [115] en augmentant la fréquence.

La blessure utérine est loin d'être toujours isolée [7, 81]. C'est une urgence chirurgicale, justiciable de la cœliotomie, seul capable de découvrir et de traiter les lésions viscérales associées.

Les lésions utérines, elles-mêmes seront traitées selon le siège et l'importance des lésions, selon l'âge de la grossesse, tantôt par hystérectomie, tantôt par la suture avec ou sans évacuation préalable du contenu utérin [81].

2. Ruptures utérines spontanées :

Elles sont de véritables ruptures obstétricales. Elles ne surviennent que sur un utérus cicatriciel ou mal formé. On distingue :

2.1- Les cicatrices de césarienne :

Elles peuvent être segmento-corporéales, mais surtout corporéales [122]. Les ruptures de cicatrice entraînent une déchirure de toute l'épaisseur de la paroi utérine, les deux berges de la cicatrice se séparant complètement [78].

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

Ainsi se rompent les cicatrices de césariennes corporéales antérieures.

2.2 - Les utérus cicatriciels après intervention chirurgicale non obstétricale :

- La myomectomie avec ou sans ouverture de la cavité : le risque de rupture liée à cette technique conservatrice est minime [46, 81].
- La salpingectomie avec excision de la portion interstitielle est citée comme responsable de la rupture utérine au cours de la grossesse [73, 79, 91].
- La ré-implantation tubo-utérine peut se compliquer de rupture utérine lors d'une grossesse ultérieure [54].
- L'hystéroplastie [74] et l'hystéroscopie [57, 123] interviennent rarement dans la genèse de cette pathologie.

2. Les malformations utérines :

Il peut s'agir :

- D'utérus didelphe ou cloisonné,
- Ou d'utérus double.

L'association rupture- malformations utérines [6, 20, 23, 66, 85, 104, 124] est diversement rapportée dans la littérature.

B- RUPTURES UTERINES PENDANT LE TRAVAIL :

Elles se divisent en ruptures spontanées et en ruptures provoquées.

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

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

1. Ruptures spontanées :

Les causes sont les unes maternelles, les autres ovulaires.

1.1- Causes maternelles :

- **La multiparité :** Les ruptures utérines se voient presque exclusivement chez la multipare [81].

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

- ✓ Sur l'innervation et la vascularisation,
- ✓ Mais surtout sur la diminution de la résistance de la paroi utérine.

Un des facteurs prédisposants majeurs de la rupture utérine est la grande multiparité [75] ; celle-ci agit par altération de la paroi utérine qui devient ainsi fragilisée [104].

- **L'altération du muscle utérin :**

- ✓ **Cicatrice de césarienne :**

L'utérus ayant subi une césarienne devient un utérus cicatriciel avec les problèmes obstétricaux particuliers que cela implique.

La cicatrice segmentaire est, en général, d'excellente qualité contrairement à la cicatrice corporéale à condition que la suture ait été soigneusement exécutée.

Le mode de rupture des cicatrices segmentaires est la déhiscence (ou désunion) de cicatrice [78] : les deux berges de la cicatrice se séparent, mais le péritoine et les membranes ovulaires restent intacts. Le fœtus reste dans l'utérus.

Cette déhiscence peut atteindre toute ou une partie de la cicatrice.

Les cicatrices qui se rompent sont celles qui sont de mauvaise qualité [78].

Les facteurs altérant la cicatrice sont connus : l'infection, les difficultés opératoires, l'anémie, la mauvaise technique de réparation, la malnutrition.

L'utérus peut être uni, bi ou multicicatriciel.

Les déhiscences de cicatrice sont le genre de ruptures rencontrées dans les pays développés [11, 27, 44, 109].

D'autres facteurs sont associés à la cicatrice utérine pour engendrer la rupture [11, 105].

✓ **Les déchirures du col :**

Anciennes qui ont remonté au delà de l'insertion vaginale et ont intéressé le tissu cellulaire voisin, englobant dans une gangue de sclérose les branches des vaisseaux utérins, peuvent être à l'origine d'une déchirure segmentaire lors d'un accouchement ultérieur.

✓ **Les manœuvres et les curetages :**

Trop appuyés et les coups de curette agressifs laissant parfois, presque toujours du côté droit, de grandes balafres sur le bord de l'utérus, peuvent engendrer les ruptures utérines au cours de l'accouchement à venir [28, 35, 43, 53].

✓ **L'infection :**

Du post-partum peut :

- D'une part troubler le processus de cicatrisation après une perforation ou une césarienne.
- D'autre part altérer la régénération des tuniques utérines.

Il en résulte dans le premier cas des désunions de cicatrice et dans le second une fragilisation du muscle utérin.

Aussi, une rupture utérine dans un contexte infectieux complique - t-elle le pronostic maternel.

✓ **L'infiltration des tuniques utérines par des tumeurs malignes :** Nous en parlerons dans les causes ovulaires.

➤ **Les obstacles praevia :**

Ils peuvent être une cause de rupture utérine. On les divise en obstacles osseux et tumeurs praevia.

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

✓ **Dystocies osseuses :**

On les classe en :

- **Bassin immature :** il se pose ici le problème de la gravido-puerpéralité chez l'adolescente : la jeune fille n'a pas encore la maturité anatomique et physiologique pour permettre une issue favorable à la grossesse qu'elle porte.
- **Malformations pelviennes :** qu'elles soient acquises ou congénitales, les malformations pelviennes sont indispensables à prendre en compte quand au déroulement de la grossesse, mais surtout au pronostic de l'accouchement. On distingue des bassins rétrécis symétriques, des bassins asymétriques et les bassins dystociques après traitement orthopédique.

Bassins rétrécis symétriques

- Non déplacés :
 - ✓ B.G.R. (bassins généralement rétrécis),
 - ✓ Bassin plat,
 - ✓ Bassin transversalement rétréci.
- Non déplacés exceptionnels :
 - ✓ Bassin ostéomalacique.
- Déformés et déplacés :
 - ✓ Bassin cyphotique ou lordotique.

Bassins rétrécis asymétriques

- D'origine locomotrice :
 - ✓ Boiterie simple,
 - ✓ Luxation unilatérale de la hanche,
 - ✓ Paralysie infantile,
 - ✓ Coxalgie.
- D'origine vertébrale :
 - ✓ scolioses.
- D'origine pelvienne :
 - ✓ Atrophie pelvienne,
 - ✓ Fracture de bassin,
 - ✓ Tumeurs osseuses.

Bassins dystociques après traitement orthopédique

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

- ✓ **Tumeurs praevia :**

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

- **Tumeurs bénignes :**

- **Kystes de l'ovaire :** le kyste pelvien au contraire du kyste abdominal, resté praevia, élève un obstacle infranchissable à l'accouchement par les voies naturelles. Les complications seraient les mêmes que celles de tout obstacle praevia : inertie et infection ou rupture utérine [81].

- **Fibromes utérins :** l'association myome et grossesse s'observe en général chez la femme ayant dépassé 30 ans, plus souvent chez la primipare.

Au centre Foch, excepté les petits noyaux, sa fréquence est de 1,9 % sur 55.000 accouchements [81].

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

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

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

- **Tumeurs malignes :**

Le cancer du col peut, au cours du travail, empêcher la dilatation complète.

Il peut, alors être à l'origine de rupture utérine.

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

COHNEIN, cité par DIAKITE M. [32], collige 134 cas de cancer de col et grossesse qui ont abouti dans 12 cas (8,95 %) à une rupture utérine.

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

- **Cas particulier de l'association cerclage-rupture utérine :**

PUDEUR et WAGNER, cités par DIAKITE M. [32] rapportent un cas de rupture utérine avec cerclage du col.

KANE M. [63] au Mali, signale un cas de rupture au cours du travail avec fil de cerclage en place, donc méconnu.

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

1.2 -Causes foeto-ovulaires :

- **Causes ovulaires :**

En Afrique, en général et au Mali en particulier, les dystocies d'origine foetale occupent une place très importante dans les causes classiques de rupture utérine.

Elles sont rares dans les pays développés.

Elles s'expliquent par :

- Un obstacle mécanique insurmontable d'origine foetale créant une dystocie qu'on aurait négligée ou méconnue,
- Une présentation de l'épaule, ou du front,
- Une hydrocéphalie.

- ✓ **Excès de volume localisé de fœtus :**

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

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

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

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

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

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

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

- **Autres excès de volume :** on peut citer :
 - les kystes congénitaux du cou,
 - certaines malformations telle que la tumeur sacro-coccygienne.

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

✓ **Excès de volume total du fœtus :**

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

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

La disproportion foeto-pelvienne est une cause usuelle et classique de la rupture utérine [61, 65, 117, 120].

✓ **Présentations dystociques :**

Diagnostiquées et prises en charge à temps, les présentations dystociques ne sont plus une cause de rupture utérine dans les pays développés.

Elles occupent cependant dans les pays sous-médicalisés une place très importante.

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

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

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

- la présentation de la face, celle surtout incriminée est la variété mento-sacrée où le dégagement est impossible,
- la présentation du siège : par rétention de la tête derrière,
- la présentation du front : en l'absence d'intervention, le pronostic reste mauvais : mort du fœtus in utero, graves lésions des parties molles maternelles, en particulier la rupture utérine.

➤ **Autres causes ovulaires :**

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

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

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

Il peut s'agir de placenta accreta [12, 22, 58] ou percreta [5].

Les difficultés diagnostiques sont, ici, reconnues par tous.

La physiopathologie de cette association n'est pas claire. Il est cependant admis qu'il existe une perturbation de l'équilibre entre le trophoblaste et la caduque. Plusieurs facteurs, maternels utérins et placentaires, contribuent à favoriser cette situation [5].

Pour mémoire, une cause ovulaire exceptionnelle, la môle disséquante est retrouvée associée à la rupture utérine dans quelques observations.

Le cas rapporté ici, décrit une rupture utérine chez une primipare de 27 ans ayant un antécédent de môle invasive traitée avec succès par chimiothérapie.

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

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

La destruction du myomètre serait la cause de cette rupture utérine [4, 60].

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

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

2. Ruptures provoquées :

Les ruptures provoquées (ou iatrogènes) sont celles qui sont liées aux actes thérapeutiques. Elles sont dues à l'accoucheur. Elles posent un problème de vigilance et /ou de compétence de celui-ci.

2.1-Usage d'ocytociques et de prostaglandines :

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

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

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

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

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

FAITS IMPORTANTS À RETENIR :

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

➤ La perfusion d'ocytocine doit entraîner la progression ou l'accélération des phénomènes du travail, en particulier de la dilatation. Elle doit être suspendue et l'on devra recourir à un autre traitement lorsque les effets sont nuls ou insuffisants ; deux heures de temps suffisent à juger de son efficacité et ne doit pas être dépassé en cas d'échec [81].

➤ JAMAIS d'ocytociques par voie INTRA-MUSCULAIRE avant L'EXPULSION du fœtus ; parce que le produit ainsi administré l'accoucheur ne le maîtrise plus.

La perfusion d'ocytocine utilisée seule [11, 27] ou en association avec la prostaglandine [94] est très souvent incriminée.

La prostaglandine peut être utilisée en application intra-cervicale. Des cas de rupture utérine lui sont imputables [8, 49].

Les prostaglandines les plus utilisées sont : les PGE2 et les PGF2 alpha.

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

2.2-Manœuvres obstétricales :

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

➤ Les manœuvres obstétricales non instrumentales :

✓ Versions par manœuvres internes :

Elles peuvent être responsables de rupture utérine surtout dans ses deux derniers temps :

- Au cours de la mutation du fœtus, quand la tête franchit l'anneau de rétraction. La version devient tout à coup trop aisée ; méfiez-vous, dit-on, des versions trop faciles ;

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

NB : Ces manœuvres sont réservées surtout dans la dystocie du 2^{ème} jumeau.

✓ Versions par manœuvres externes :

Ne jamais s'obstiner devant un échec à continuer cette manœuvre sous peine de provoquer la rupture. Ce n'est pas une manœuvre de force.

✓ **Grande extraction du siège :**

Respecter les différents temps est une condition indispensable à sa réussite. Aussi ne doit-elle être entreprise que si le bassin est normal.

✓ **Manœuvre de dégagement d'une dystocie des épaules :**

Elles sont très dangereuses et doivent être exécutées par un opérateur expérimenté.

✓ **Manœuvres de KRISTELLET :**

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

➤ **Les manœuvres obstétricales instrumentales :**

Deux faits sont le plus souvent associés :

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

✓ **Le forceps :**

Le segment inférieur peut être déchiré par une cuillère de forceps introduite brutalement.

L'extraction de la tête derrière avant la dilatation complète, a pu faire éclater le col dont la rupture a atteint le segment inférieur.

Certaines conditions doivent être respectées et l'opérateur doit être assez qualifié pour prendre le « devant » d'éventuelles complications.

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

Les normes modernes d'application du forceps sont :

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

✓ **La ventouse obstétricale ou vacuum extractor :**

Il s'agit d'un appareil pneumatique permettant la préhension et la traction de la tête fœtale. Elle est rarement mise en cause.

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

Elles doivent être exécutées par un spécialiste.

C - CAUSES DIVERSES :

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

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

Des complications dramatiques liées à l'utilisation abusive de la cocaïne durant la grossesse ont été rapportées aux Etats-Unis [47].

Cette drogue a été considérée comme facteur de risque de la rupture utérine [56].

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

Les facteurs étiologiques usuels sont : la multiparité, la cicatrice utérine, la dystocie mécanique, l'usage d'ocytociques et les manœuvres obstétricales [43, 65, 72, 98, 104, 114].

VIII - DIAGNOSTIC DES RUPTURES UTERINES

A -CLINIQUE :

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

Dans la littérature on dénote près d'une dizaine de cas de ruptures utérines survenues dès la dixième semaine d'aménorrhée.

Nous décrirons schématiquement deux tableaux cliniques :

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

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

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

1. Les ruptures utérines précoces :

Les tableaux cliniques sont assez variés.

1.1-Rupture des utérus malformés ou cicatriciels :

➤ Rupture utérine sur utérus cicatriciel :

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

Les ruptures des utérus porteurs de cicatrices se caractérisent par leur allure sournoise, d'où l'intérêt d'une anamnèse minutieuse.

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

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

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

Il peut s'associer à une anémie clinique plus ou moins marquée. La connaissance de l'opération antérieure permet de faire aisément le diagnostic.

L'examen doit être complet et mené avec minutie.

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

➤ Rupture de la corne utérine rudimentaire :

La survenue brutale, d'un état de choc par inondation péritonéale peut faire évoquer le diagnostic de rupture d'une grossesse extra-utérine [23, 119].

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

L'échographie mais surtout la coelioscopie faites en urgence éliminent la grossesse extra-utérine.

La laparotomie exploratrice d'urgence révèle la rupture de la corne rudimentaire gravidique [119].

1.2 -Rupture isthmique ou cervico-isthmique après avortement tardif :

➤ **Rupture isthmique** : Elle revêt deux aspects cliniques :

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

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

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

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

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

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

L'examen anatomo-pathologique confirme la rupture cervico-isthmique constatée en per opératoire [122].

L'auteur insiste sur la rareté de cette pathologie.

2. Les ruptures utérines tardives :

2.1- Ruptures spontanées :

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

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

L'accident est en général précédé de prodromes qui donnent le temps de le prévoir et de le prévenir. On dénote trois temps :

✓ **Premier temps** : (prodromes)

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

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

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

L'accouchement traîne en longueur.

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

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

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

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

✓ Deuxième temps :

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

La palpation note souvent un maximum sous-pubien de la douleur provoquée, surtout il y a une ampliation et un amincissement extrême du segment inférieur qui s'individualise du corps utérin par un sillon (marquant la différence d'épaisseur des deux parties de l'utérus), sillon qui donne à l'ensemble de l'utérus une forme de SABLIER.

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

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

✓ Troisième temps :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

➤ **Formes cliniques :**

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

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

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

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

- La rupture peut ne se révéler qu'après l'accouchement ; mais en général elle se manifeste avant la délivrance, sous des aspects peu explicites. Parfois, l'enfant naît mort ou de façon inattendue en état de grande détresse. Ou encore une petite hémorragie se produit et se prolonge ; ou bien, au contraire, en l'absence de saignement, le placenta ne se décolle pas, pendant que l'état général s'altère plus ou moins. On est ainsi amené à pratiquer la délivrance artificielle et à reconnaître la rupture, du moins si l'on en a évoqué l'éventualité.

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

LA REVISION UTERINE est, ici, INDISPENSABLE.

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

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

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

Les lésions vésicales peuvent être une simple blessure ou au contraire, un éclatement de l'organe. La sonde ramène alors du sang pur. On peut rencontrer un éclatement des culs-de-sac latéraux du vagin. Le rectum n'est jamais atteint. Les ruptures utérines peuvent s'accompagner d'afibrinogénémié [70], avec incoagulabilité sanguine.

✓ **Rupture utérine et placenta accreta** : La patiente présente un long passé de douleurs abdominales ayant évolué par poussées, au cours de presque toute la grossesse. C'est une de ces crises qui va aboutir à la rupture, le plus souvent avant le début du travail. On peut retrouver une métrorragie. La palpation retrouve une contracture utérine ; le diagnostic sera celui du décollement prématuré du placenta normalement inséré. Il ne faut pas hésiter à faire une laparotomie.

- ✓ **Formes atypiques** : il s'agit de formes :
 - Occluse,
 - Pseudo-appendiculaire,
 - Pseudo-pyélitique.

2.2 -Ruptures utérines provoquées :

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

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

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

Trois faits doivent alors attirer l'attention :

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

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

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

➤ **Après une perfusion d'ocytocique.**

B -DIAGNOSTIC POSITIF :

Il peut être souvent facile. Parfois il est impossible à affirmer.

1. Diagnostic facile :

- après une révision,
- après une manœuvre qui, laborieuse au début, devient facile brusquement,
- ou lorsque tous les signes cliniques sont réunis : choc hémorragique, bruit du cœur fœtal négatif, fœtus sous la peau.

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

2. Au contraire, le diagnostic devient problématique : en cas :

- d'anesthésie,
- de désunion silencieuse et progressive,
- de déchirure du col propagée au segment inférieur ou de rupture incomplète ou extra-muqueuse.

C -DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

1-Le choc obstétrical :

La révision utérine fait le diagnostic.

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

3. La grande multiparité :

Chez la multipare, la paroi est parfois démuscularisée, le fœtus paraît alors situé sous la peau.

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

4. Le décollement prématuré du placenta normalement inséré :

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

Cependant l'utérus, siège d'une hémorragie interne, est dure, c'est le signe essentiel. Dur comme du bois, dur partout, dur tout le temps. Il augmente de volume, augmentation souvent décelable d'un examen à l'autre [81].

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

5. Le placenta praevia :

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

Mais il repose surtout sur la triade :

- Hémorragie + + + + avec utérus souple,
- Vitalité fœtale présente,
- Présentation haute, mobile.

- Le fœtus reste dans l'utérus. Il faut rechercher les signes négatifs :
 - ✓ absence de contraction utérine,
 - ✓ absence de signes de toxémie,
 - ✓ normalité de la crase sanguine.

6. Par ailleurs on peut discuter :

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

IX -TRAITEMENT CODIFIE

Il comprend deux volets :

A - PROPHILAXIE :

Le traitement prophylactique est essentiel.

Il faut :

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

Il ne faut pas :

- laisser s'installer la rétraction utérine,
- recourir à des opérations contre-indiquées ou désuètes : pas de forceps au détroit supérieur, pas d'intervention par voie basse avant la dilatation complète, pas de version risquée, pas de version si l'utérus est rétracté,
- faire d'incision sur le col,
- faire de dilatation forcée du col.

B -TRAITEMENT CURATIF :

Toute rupture utérine diagnostiquée doit être opérée en urgence. Mais le traitement chirurgical est à lui seul insuffisant. Il doit être complété par le traitement du choc et par celui de l'infection. Il y aura toujours lieu de vérifier l'état des autres organes pelviens et surtout de la vessie.

1. Traitement chirurgical :

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

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

Après la cœliotomie, deux opérations sont possibles :

➤ L'hystérectomie :

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

Autant que possible, les ovaires sont conservés.

➤ **L'hystérorraphie :**

Le plus souvent, on fait la suture de la rupture. Cette opération conservatrice, dont les avantages sont considérables chez une jeune femme, ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants. Elle doit être techniquement réalisable : section utérine pas trop étendue, non compliquée de lésions voisines. Interviennent aussi dans la décision, l'âge de la femme, le nombre de grossesses antérieures (enfant vivant), son état général, le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire, l'infection potentielle.

➤ **La ligature des trompes :**

Elle n'est pas un traitement de la rupture utérine. Elle est associée, si elle est pratiquée, à l'hystérorraphie. La stérilisation tubaire est faite parfois :

- ✓ chez les grandes multipares et/ou
- ✓ devant les lésions importantes.

C'est une des méthodes contraceptive les plus efficaces et de loin la moins contraignante [112].

➤ **Autres gestes :**

C'est le traitement des lésions associées :

- ✓ Déchirures vaginales et cervicales : par du fil résorbable.
- ✓ Plaies vésicales : la réparation immédiate est parfois possible si la plaie est nette et facilement accessible, on ferme la vessie au catgut en un plan, sans suturer le vagin.

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

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

2. Traitement du choc :

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

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

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

Le traitement curatif du choc comprend :

2.1- Le traitement de la cause :

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

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

L'hémostase doit donc précéder la réanimation dont la précession doit être réduite au maximum.

2.2- La réanimation :

Le rétablissement de la circulation périphérique et de la volémie est l'objet principal du traitement par transfusion ou à leur défaut, par perfusion d'autres liquides.

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

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

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

Les solutés cristalloïdes, salés ou sucrés ne se maintiennent pas en circulation. Tous ces produits doivent être considérés comme des moyens d'urgence. Ils peuvent parfois suffire. Ils permettent en tout cas de gagner le temps nécessaire à la mise en œuvre de la transfusion, indiquée en cas de persistance ou de récurrence du choc.

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

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

3. Traitement anti-infectieux :

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

X -PRONOSTIC

A -PRONOSTIC FŒTAL:

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

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

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

- Troubles cérébro-moteurs,
- Retard intellectuel.

B- PRONOSTIC MATERNEL :

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

1. Mortalité maternelle :

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

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

2. Morbidité maternelle :

2.1-Abcès pariétal :

Il n'est pas rare. Il peut aboutir à une désunion de la fermeture pariétale entraînant un lâchage avec ou sans éviscération.

2.2 - Péritonite :

Elle n'est pas rare de nos jours. Elle constitue la suite logique de l'infection provoquée par la prolongation du travail. Elle est aidée par une antibiothérapie insuffisante ou un défaut d'antibioprophylaxie. La péritonite aboutit à la septicémie dans la majorité des cas et enfin à la mort.

2.3 -L'endométrite :

Elle est plus fréquente, et s'installe quand l'antibiothérapie est insuffisante en dehors d'une hystérectomie.

2.4-La septicémie :

C'est l'issue fatale de la péritonite ou de l'endométrite.

2.5- Fistule vésico-vaginale :

Elle pose de sérieux problèmes sociaux.

En résumé, le pronostic fœtal est toujours sombre, le pronostic maternel toujours sérieux [104]. Le pronostic materno-fœtal est amélioré par une intervention conséquente et rapide [35, 50, 71, 93, 97].

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

I- CADRE D'ETUDE :

Notre étude a été réalisée à la maternité de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

A - DESCRIPTION DU CADRE D'ETUDE :

L'hôpital Fousseyni Daou de Kayes est situé à l'Est de la ville de Kayes à 600 km de Bamako sur la voie ferroviaire DAKAR-NIGER.

1. La région de Kayes :

Située à l'extrême Ouest du Mali, la région de Kayes s'ouvre sur trois pays frontaliers : la Mauritanie, le Sénégal et la Guinée, et couvre une superficie totale de 120 760 km², arrosée par le fleuve Sénégal et ses affluents. Sa population était de 1 540 522 habitants en 2003.

La région de Kayes est limitée :

- ✓ Au Nord par la Mauritanie ;
- ✓ Au Sud par la République de Guinée ;
- ✓ A l'Ouest par la République du Sénégal ;
- ✓ A l'Est par la région de Koulikoro.

Le relief en apparence peu accidenté est très compartimenté entre plateaux vallonnés et cours d'eau encaissés. Il existe quatre zones bioclimatiques :

- ✓ Une zone assez humide pré-guinéenne,
- ✓ Une zone humide soudanienne au sud,
- ✓ Une zone semi-humide soudanienne au nord
- ✓ Et une zone sahélienne sèche.

Première région de la République du Mali, elle est administrée par un Gouverneur et est subdivisée en 7 cercles (Kayes, Yélimané, Nioro, Diéma, Kita, Bafoulabé et Kénieba) composés de 117 communes rurales et 12 communes urbaines.

Les ethnies dominantes sont les Khassonkés, les Bambaras, les Malinkés, les Sarakolés, et les Peuhls. Une des particularités de la région de Kayes est la forte proportion d'émigrés. Ainsi, la majorité des maliens vivant en France sont des Sarakolés originaires de la région.

L'économie est surtout agro-pastorale, mais il faut noter l'émergence d'une industrie minière concrétisée par la découverte et l'exploitation de deux importantes mines d'or à Sadiola et à Yatela ainsi que le phénomène d'orpaillage à Kénieba (exploitation traditionnelle de l'or).

Le réseau routier, constitué en grandes parties de pistes temporaires est largement insuffisant, si bien que l'enclavement est un problème majeur de la région. Le principal moyen de transport reste le Chemin de Fer. La ligne aéroport Kayes-Bamako n'est point à la portée de la majorité des populations.

Le réseau de communication est très réduit, instable et inaccessible.

2. Le cercle de Kayes :

Le cercle de Kayes occupe l'extrême Ouest de la région avec une superficie de 30 380 km². Il est subdivisé en 28 communes dont 5 urbaines et comprend actuellement 26 aires de santé opérationnelles.

3. La ville de Kayes :

Kayes fut la capitale du Haut Sénégal Niger, puis du Soudan français de 1880 à 1920. Située au bord du fleuve Sénégal, elle possédait en 2003 une population de 70 809 habitants avec un nombre moyen de 6,6 personnes par ménage.

Du fait du mauvais état des infrastructures routières intercommunales, la ville vit surtout au rythme des arrivées de train. Cet enclavement pèse beaucoup sur l'économie de la ville. Les infrastructures routières urbaines et interurbaines, les infrastructures sanitaires, l'assainissement de la ville, la disponibilité de l'eau potable et de l'électricité ont connu de grandes améliorations ces dernières années.

4. Les formations sanitaires :

Il existe au niveau de la région six Centres de Santé de Cercle en plus de celui de Kayes et qui ont tous été érigés en Centres de Santé de Référence. Ils travaillent en collaboration avec l'hôpital régional de Kayes.

Le plan de développement socio-sanitaire du cercle de Kayes 2004-2008 prévoit 46 aires de santé.

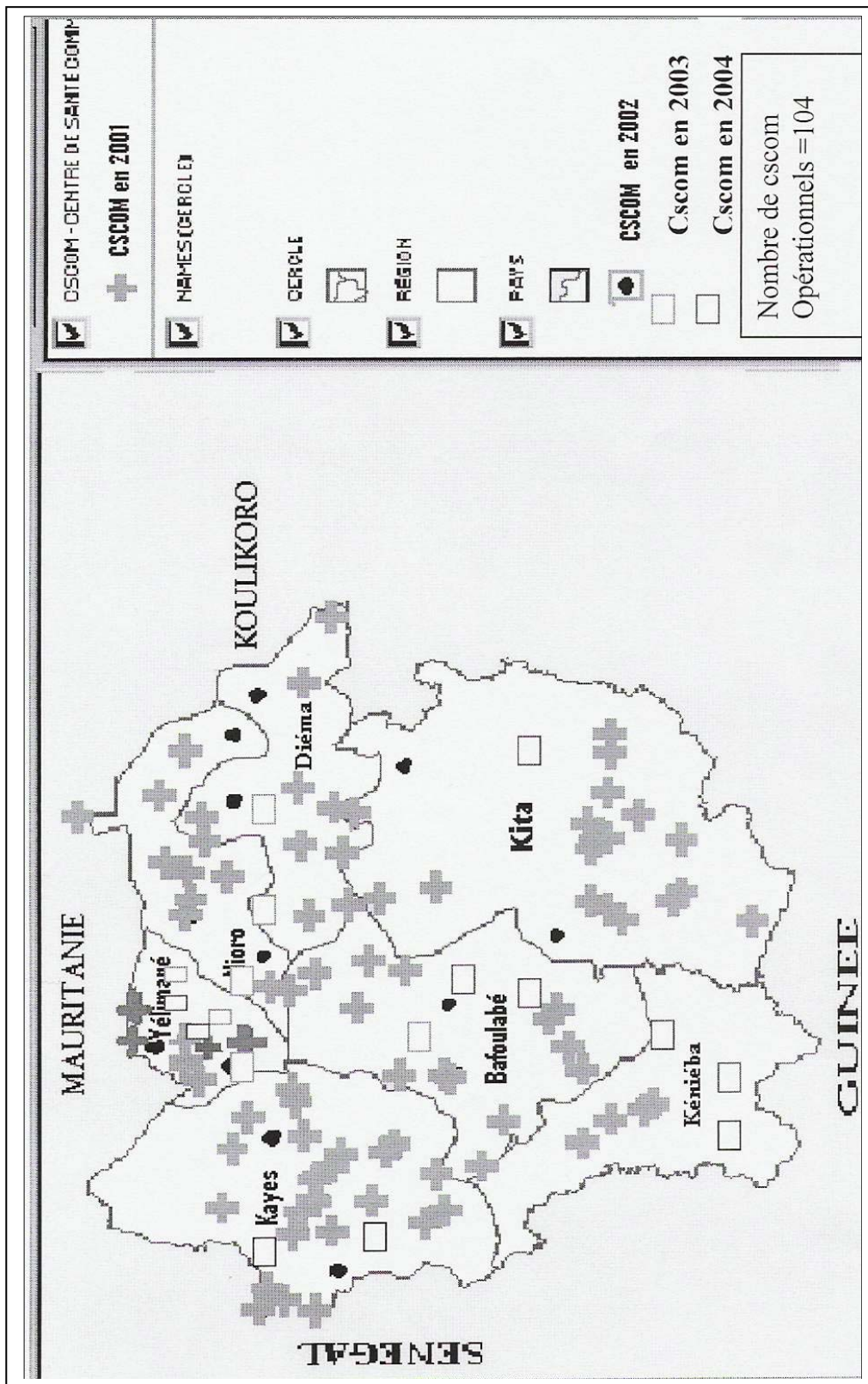
Actuellement 28 aires de santé sont opérationnelles.

La commune de Kayes abrite aussi d'autres catégories de structures sanitaires qui sont :

- Trois privées à but lucratif :
 - ✓ La polyclinique Yonki SAHA,
 - ✓ Le cabinet du Fleuve,
 - ✓ Le cabinet Médical Touba.
- Cinq formations parapubliques, ce sont les dispensaires de :
 - ✓ L'Institut National de Prévoyance Sociale,
 - ✓ La Régie du chemin de Fer Mali,
 - ✓ La Mairie,
 - ✓ La Croix Rouge,
 - ✓ La garnison des militaires.
- Une formation publique
 - ✓ Le centre de Santé de référence de Kayes.
- Trois formations communautaires
 - ✓ Le CSCOM du Khasso,
 - ✓ Le CSCOM de Kayes-N'DI,

✓ Le CSCOM de Lafiabougou.

Carte sanitaire de la région de Kayes
Etat d'avancement de l'extension de la couverture sanitaire
[in 110]



5. L'Hôpital Fousseyni Daou

5.1- Présentation générale de l'Hôpital :

L'Hôpital de Kayes est une des plus anciennes formations sanitaires du Mali. Il a été créé en 1883 par les militaires français lors de leur pénétration dans l'Ouest Africain. Il avait pour vocation de prodiguer les premiers soins aux blessés de guerre des conquêtes coloniales avant leur évacuation sur le Sénégal ou la France.

Il devient hôpital secondaire en 1959 puis érigé en hôpital régional en 1969. L'ensemble de l'établissement a été rénové en 1987 dans le cadre d'un accord d'Assistance Technique Sanitaire entre les gouvernements du Mali et de l'Italie.

En 1991, il est baptisé Hôpital Régional Fousseyni Daou du nom d'un de ses anciens Médecins-Directeurs.

En 2002, il est érigé en E.H.P. (Etablissement Public Hospitalier) par la loi hospitalière et nommé Hôpital Fousseyni Dao de Kayes.

5.2 - Infrastructures de l'Hôpital :

Constitué de 14 pavillons, de 9 logements d'astreinte et d'annexes (bloc buanderie / cuisine, centre de formation, six chambres de passage, deux morgues et un garage), l'hôpital s'étend sur une superficie de 12 hectares avec une capacité de 130 lits.

L'Hôpital est de type pavillonnaire et comprend :

- ✓ Un bureau des entrées ;
- ✓ Un bloc d'hospitalisation de première catégorie de 10 lits commun à tous les services ;
- ✓ Un bloc pour le service des urgences ;
- ✓ Un bloc administratif, financier ;
- ✓ Un bloc pour les services de Médecine et de Dermato-vénérologie ;
- ✓ Un bloc pour le service de gynéco-obstétrique ;
- ✓ Un bloc pour le service d'urologie et ORL à l'étage ;
- ✓ Un bloc pour le service de Laboratoire ;
- ✓ Un bloc pour le service de Pharmacie ;
- ✓ Un bloc pour le service Pédiatrie ;
- ✓ Un bloc Technique comprenant les services de Chirurgie, d'anesthésie - réanimation de traumatologie, de radiologie et un bloc opératoire composé de quatre salles ;
- ✓ Un bloc pour le service d'ophtalmologie ;
- ✓ Un bloc pour le service d'odontostomatologie ;
- ✓ Un bloc pour le Centre d'Appareillage Orthopédique et de Réduction Fonctionnelle (C.A.O.R.F.) ;
- ✓ Une unité de prise en charge des personnes vivant avec le VIH ;
- ✓ Un bloc pour la buanderies, la cuisine et le logement du personnel de soutien ;
- ✓ Un centre de formation continue ;

- ✓ Un bloc de six chambres de passages ;
- ✓ Neuf logements d'astreinte (Directeur régional, Directeur hôpital et les Médecins) ;
- ✓ Un garage ;
- ✓ Deux morgues.

5.3- Le personnel :

Le personnel de l'hôpital, renforcé par une équipe cubaine de 9 spécialistes, est composé comme suit :

✓ Médecins	16
✓ Chirurgiens - dentiste	1
✓ Technicien supérieur de Santé	2
✓ Technicien de Santé	13
✓ Agents Techniciens de Santé	19
✓ Personnels administratifs	18
✓ Personnels de soutien	33
✓ Médecins en CES et Internes	3
✓ Divers Stagiaires infirmiers, sages-femmes des écoles de Santé de Kayes	

5.4 -Les activités :

Actuellement l'hôpital assure des activités de premier niveau et de référence de deuxième niveau. Il s'agit de :

- ✓ Consultation externe,
- ✓ Consultation spécialisée,
- ✓ Consultation prénatale,
- ✓ Accouchement : 4074 accouchements pendant la période d'étude,
- ✓ Consultation de planification familiale
- ✓ Suivi des malades hospitalisés,
- ✓ Interventions chirurgicales : 729 interventions chirurgicales dont 573 césariennes ont été réalisées dans le service de gynécologie-obstétrique pendant la période d'étude,
- ✓ Activités de laboratoire, de radiologie, d'ophtalmologie et stomatologie.

6. La maternité de l'Hôpital Fousseyni Daou :

Elle reçoit toutes les dystocies provenant des structures situées dans un rayon de 250 km. Elle prend en charge les évacuations du cercle de Kayes ; des six autres cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie, et de la Guinée Conakry.

Le service est un bâtiment à étage de style colonial. Il compte : quatorze salles et vingt deux lits d'hospitalisations dont :

A l'étage :

- ✓ Deux salles qui servent de bureau pour le médecin cubain,
- ✓ Une salle des gardes pour les internes,
- ✓ Une salle des gardes pour les manœuvres,
- ✓ Une salle de pansement pour les malades opérées,
- ✓ Deux salles de troisième catégorie dont l'une avec six lits et l'autre avec quatre lits,
- ✓ Trois toilettes.

Au rez- de- chaussée :

- ✓ Une salle de garde unique pour les sages-femmes, infirmières obstétriciennes et matrones ;
- ✓ Une salle d'accouchement et soins des nouveau nés comportant quatre tables d'accouchement et communiquant à une salle d'attente,
- ✓ Une salle qui sert de bureau pour les sages-femmes,
- ✓ Deux salles de deuxième catégorie avec deux lits chacune,
- ✓ Une salle de troisième catégorie avec six lits,
- ✓ Trois toilettes.

Personnel : comprend :

- ✓ Deux gynécologues obstétriciens dont le Médecin Directeur qui est le chef de service, un cubain,
- ✓ Deux étudiants faisant fonction d'interne,
- ✓ Trois sages-femmes dont une sage femme responsable,
- ✓ Cinq infirmières obstétriciennes dont un major de service,
- ✓ Huit matrones,
- ✓ Trois manœuvres.

Activités :

Les activités dans le service sont programmées comme suit :

- ✓ Une visite quotidienne des malades hospitalisées effectuée par l'ensemble du personnel au cours de laquelle des instructions nécessaires sont données,
- ✓ Quatre jours de consultation externe effectuée par les médecins,
- ✓ Quatre jours de consultation prénatale effectuée par les sages-femmes,
- ✓ Une équipe de garde quotidienne composée d'un médecin, d'un interne, d'une sage-femme et d'une matrone ou d'un interne, d'une infirmière obstétricienne et une matrone travaillent vingt-quatre heures sur vingt-quatre heures.

II- MALADES

A- POPULATIONS D'ETUDE :

Notre étude a porté sur toutes les femmes en travail reçues dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes et ayant présentées une rupture utérine.

B- RECRUTEMENT ET ELIGIBILITE :

1. Critères d'inclusion :

- Toute rupture utérine chez une femme en travail évacuée ou non et prise en charge à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

2. Critères de non inclusion :

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

III- METHODE :

A- PERIODE D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} février 2004 au 31 Mai 2005 inclus soit une période de 16 mois.

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale, prospective exhaustive réalisée à la maternité de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes pendant la période considérée.

2. Support des données :

Les données ont été recueillies à partir des registres d'accouchement, d'hospitalisation et de comptes rendus opératoires.
Une fiche d'enquête individuelle a été élaborée pour chaque parturiente.

3. Gestion et analyse des données :

Nous avons utilisé le logiciel Microsoft Word Version 2002 pour le traitement de texte, des tableaux. La saisie des données a été faite sur EPI-INFO Version 0.6 du CDC d'ATLANTA. Les tests statistiques ont été utilisés en vue de comparer les variables catégorielles (test χ^2) et la comparaison des variables qualitatives (test de Student) avec un seuil de signification fixé à 5 %.

4. Forces et limites du travail :

4.1- Forces :

- La force majeure de cette étude est liée au fait qu'elle est réalisée au sein d'une équipe formée dans la prise en charge des urgences obstétricales.
- L'Hôpital Fousseyni Daou est le principal centre chirurgical du cercle de Kayes, donc elle reçoit toutes les dystocies du cercle de Kayes et parfois des six autres cercles.

4.2- Limites :

- La plupart des cas de rupture utérine sont des malades évacuées. Les conditions d'évacuation influent négativement sur la qualité de la prise en charge des parturientes.

Ceci a pour conséquence l'absence d'informations complètes et précises sur les antécédents des parturientes et les circonstances de survenue de la rupture utérine.

- La faiblesse de notre plateau technique : le laboratoire de l'hôpital Fousseyni Daou dispose d'une banque de sang qui n'est pas régulièrement alimentée et en plus les personnes qui accompagnent les malades ne sont pas aptes à donner le sang.

5. Définitions opératoires :

➤ Mode de référence :

- ✓ Référence : C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence.
- ✓ Evacuation : C'est lorsque la patiente est adressée à un service plus spécialisé dans un contexte d'urgence.
- ✓ Transfert : C'est l'orientation d'une patiente d'un service à un autre dans le même établissement sanitaire.

➤ Pronostic materno-fœtal : Nous entendons par pronostic materno-foetal l'issue de l'accouchement pour la mère et le fœtus en terme de mortalité et de morbidité.

➤ Grossesses non suivies : Femme n'ayant fait aucune consultation prénatale.

➤ Parité : C'est le nombre d'accouchement chez la femme.

- ✓ Nullipare : zéro accouchement,
- ✓ Primipare : un accouchement,
- ✓ Paucipare : deux à quatre accouchements,
- ✓ Multipare : cinq à six accouchements,
- ✓ Grande multipare : plus de six accouchements.

➤ Gestité : C'est le nombre de grossesse chez la femme.

- ✓ Primigeste : première grossesse,
- ✓ Paucigeste : deux à quatre grossesses,
- ✓ Multigeste : cinq à six grossesses,
- ✓ Grande multigeste : sept grossesses et plus.

➤ Fièvre : Toute température supérieure ou égale à 38°C chez une femme enceinte est considérée comme fièvre.

➤ Anémie : chez la femme enceinte est définie comme étant un taux d'hémoglobine inférieur ou égal 10 grammes par décilitre.

➤ Collaboration inter-disciplinaire : C'est la prise en charge conjointe d'une patiente par plusieurs spécialités médicales et / ou chirurgicales au sein d'une même structure de santé.

➤ Apgar :

- ✓ Zéro : mort-né
- ✓ Un à trois : état de mort apparente
- ✓ Quatre à sept : état morbide
- ✓ Supérieur à sept : bon état post natal.

RESULTATS

RESULTATS**I- Fréquence :**

1- Nombre d'accouchement : 4074

2- Nombre de ruptures utérines : 22

soit une fréquence de 0,5% c'est-à-dire une rupture utérine pour 185,2 accouchements.

3- Nombre de césarienne : 573 soit une fréquence de 4% c'est-à-dire une rupture utérine pour 26 interventions.

II- Epidemiologie :**Tableau1 : Répartition selon l'âge.**

Age (en Année)	Effectif	Pourcentage
< 20	2	9,1
20 - 35	17	77,3
≥36	3	13,6
Total	22	100

Tableau 2 : Répartition selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	1	4,5
Paucigeste	6	27,3
Multigeste	4	18,2
Grande multigeste	11	50
Total	22	100

Tableau 3 : Répartition selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	1	4,5
paucipare	8	36,3
Multipare	5	22,9
grande multipare	8	36,3
Total	22	100

Tableau 4 : Répartition selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	22	100
Célibataire	0	0
Divorcée	0	0
Total	22	100

Tableau 5 : Répartition selon la profession du conjoint.

Profession	Effectif	Pourcentage
Berger	1	4,5
Boulangier	1	4,5
Chauffeur	1	4,5
Commerçant	2	9,2
Cultivateur	10	45,5
Forgeron	1	4,5
Emigré	2	9,2
Marabout	1	4,5
Ouvrier	3	13,6
Total	22	100

Tableau 6 : Répartition selon les moyens d'évacuation.

Moyens	Effectif	Pourcentage
Automobile	21	95,5
Pieds	1	4,5
Total	22	100

Tableau 7 : Répartition selon le lieu d'évacuation.

Lieu	Effectif	Pourcentage
Bafarara	1	4,5
Dialakoto	1	4,5
Diamou	1	4,5
Diongaga	1	4,5
Faraba	1	4,5
Kassama	1	4,5
Kéniéba	1	4,5
Koniakary	1	4,5
Lany-Tounka	2	9,4
Léya	1	4,5
Makana Toubaboukané	1	4,5
Niamiga	1	4,5
Séguéla	1	4,5
Seoundé	1	4,5
Kayes	6	27,6
Yatéla	1	4,5
Total	22	100

Tableau 8 : Répartition selon la distance parcourue.

Distance (Km) parcourue	Effectif	Pourcentage
D<100	15	68,2
100<D<200	3	13,6
200<D<300	2	9,1
300<D<400	2	9,1
Total	22	100

Distance moyenne : 94,5

Distances extrêmes : 2 et 345

Tableau 9 : Répartition selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Primaire	2	9,1
Secondaire	1	4,5
Aucun	19	86,4
Total	22	100

Tableau 10 : Répartition selon le mode de référence.

Mode de référence	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle-même	7	31,8
Evacuée	15	68,2
Total	22	100

Tableau 11 : Répartition selon le suivi de la grossesse.

Suivi de la grossesse	Effectif	Pourcentage
Oui	20	90,9
Non	2	9,1
Total	22	100

Tableau 12 : Répartition selon la qualification de l'agent responsable de la consultation prénatale.

Agent	Effectif	Pourcentage
Mâtrone	13	65
Sage-femme	3	15
Gynéco obstétricien	2	10
Médecin généraliste	2	10
Total	20	100

Nota béné : Deux patientes n'ont pas fait de consultations prénatales.

III- Clinique :

Tableau 13 : Répartition selon la taille de la femme.

Taille (Cm)	Effectif	Pourcentage
T<150	3	13,6
150<T<155	3	13,6
T>155	16	72,8
Total	22	100

Tableau 14 : Répartition selon l'intervalle intergénésiq.

Intervalle intergénésiq (en mois)	Effectif	Pourcentage
<24	6	28,5
≥24	15	71,5
Total	21	100

Nota bënë : Une patiente étant primigeste l'intervalle intergénésiq n'est pas précisé.

Tableau 15 : Répartition en fonction de l'état général.

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon	10	45,5
Passable	4	18,1
Mauvais	8	36,4
Total	22	100

Tableau 16 : Répartition selon l'état des conjonctives.

Etat des conjonctives	Effectif	Pourcentage
Pâles	12	54,5
Colorées	10	45,5
Total	22	100

Tableau 17 : Répartition selon les signes cliniques.

Signes cliniques	Effectif	Pourcentage
Anémie	12	54,5
Etat de choc	5	22,7
Hyperthermie	4	18,1
Métrorragie	9	40,9
Hématurie	5	22,7
Fœtus sous la peau	9	40,9
Bruits du cœur fœtal absents	17	77,3

Tableau 18 : Répartition selon le délai de rupture des membranes.

Délai de rupture (en heures)	Effectif	Pourcentage
<6	3	18,7
≥6	13	81,3
Total	16	100

Nota béné : Six patientes avaient les membranes intactes.

IV- Facteurs étiologiques :

Tableau 19 : Répartition selon le nombre de césarienne.

Nombre	Effectif	Pourcentage
1	6	75,6
2	1	12,2
3	1	12,2
Total	8	100

Tableau 20 : Répartition selon la qualification de opérateur de la césarienne.

Opérateur	Effectif	Pourcentage
Gynéco obstétricien	1	12,5
Médecin Généraliste	7	87,5
Total	8	100

Tableau 21 : Répartition en fonction de la circonstance de survenue de la rupture.

Circonstance	Effectif	Pourcentage
Rupture spontanée	9	50
Rupture sur utérus cicatriciel	8	36,3
Manœuvre utérine obstétricale	0	0
Oxytocine	5	22,7
Total	22	100

Tableau 22 : Répartition en fonction de la voie d'administration de l'ocytocine.

Voie d'administration	Effectif	Pourcentage
Intraveineuse directe	1	20
Perfusion intraveineuse de glucosé	4	80
Total	5	100

Tableau 23 : Répartition en fonction du lieu de survenue de la rupture.

Lieu de survenue	Effectif	Pourcentage
A domicile	2	9,1
Formation sanitaire extérieure	17	77,3
Dans le service	3	13,6
Total	22	100

Tableau 24 : Répartition en fonction de la circonstance de diagnostic.

Circonstance	Effectif	Pourcentage
Tableau franc de rupture	11	50
Au cours d'une révision utérine	1	4,5
Au cours d'une laparotomie	10	45,5
Total	22	100

Tableau 25 : Répartition selon la présentation du fœtus.

Présentation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	18	81,9
Siège	2	9,1
Face	1	4,5
Transversale	1	4,5
Total	22	100

Tableau 26 : Répartition en fonction du type de bassin.

Type de bassin	Effectif	Pourcentage
Normal	17	77,3
Limite	3	13,6
Rétréci	2	9,1
Total	22	100

Tableau 27 : Répartition en fonction du poids fœtal.

Poids (en grammes)	Effectif	Pourcentage
$P < 2\ 500$	1	4,7
$2\ 500 \leq P \leq 3000$	7	33,4
$3000 < P \leq 3500$	9	43
$3500 < P \leq 4000$	1	4,7
$P > 4000$	3	14,2
Total	21	100

Nota béné : Une patiente est décédée avant toute intervention chirurgicale et le poids du fœtus n'a pu être déterminé.

V- Anatomie pathologie :

Tableau 28 : Répartition en fonction du siège de la rupture.

Siège	Effectif	Pourcentage
Segmentaire	16	76,2
Segmento-corporéal	2	9,5
Corporéal	3	14,3
Total	21	100

Tableau 29 : Répartition en fonction du type de rupture.

Type de rupture	Effectif	Pourcentage
Complète	16	76,2
Sous-séreuse	5	23,8
Total	21	100

Tableau 30 : Répartition en fonction des lésions associées.

Lésions associées	Effectif	Pourcentage
Pédicules utérins	3	14,2
Vessie	1	4,8
Aucune	17	80,5
Total	21	100

Nota béné : Une patiente est décédée avant toute intervention chirurgicale et le siège, le type de rupture et la présence d'une lésion associée n'ont pas été connus.

Tableau 31 : Répartition en fonction de la longueur de la brèche.

Longueur brèche (en cm)	Effectif	Pourcentage
4	2	9,5
5	2	9,5
6	2	9,5
7	3	14,1
8	3	14,1
10	7	33,4
12	2	9,5
Total	21	100

Tableau 32 : Répartition en fonction de la direction de brèche.

Direction	Effectif	Pourcentage
Transversale	13	61,9
Longitudinale	6	28,6
Oblique	2	9,5
Total	21	100

Nota béné : Une patiente est décédée avant toute intervention chirurgicale et la longueur de la brèche n'a pu être connue.

VI- Attitude thérapeutique :**Tableau 33 : Répartition selon la réanimation**

Réanimation	Effectif	Pourcentage
Oui	12	54,5
Non	10	45,5
Total	22	100

Tableau 34 : Répartition en fonction de l'utilisation de macromolécule.

Macromolécule	Effectif	Pourcentage
Oui	10	83,3
Non	2	16,7
Total	12	100

Tableau 35 : répartition en fonction de l'oxygénation et de la transfusion.

Patiente	Effectif	Pourcentage
Oxygénée	5	41,6
Transfusée	9	75

Nota béné : Parmi les 12 patientes réanimées 5 ont été oxygéné soit 41.6% et 9 transfusées soit 75% et chaque patiente a reçu 1 à 2 sachets de sang soit 250 ml à 500 ml.

Tableau 36 : Répartition en fonction du type d'intervention.

Type d'intervention	Effectif	Pourcentage
Hystérectomie totale	0	0
Hystérectomie subtotal	6	28,6
Hystérorraphie	15	71,4
Total	21	100

Nota béné : Une patiente est décédée avant toute intervention chirurgicale.

Tableau 37 : Répartition en fonction de la ligature et résection des trompes en cas d'Hystérorraphie.

Ligature résection des trompes	Effectif	Pourcentage
Oui	4	26,7
Non	11	73,3
Total	15	100

Tableau 38 : Répartition des ruptures utérines selon la qualification de l'agent responsable de la césarienne.

Qualification	Effectif	Pourcentage
Médecin généraliste	1	4,7
Chirurgien	3	14,3
Obstétricien	17	81
Total	21	100

Nota béné : Une patiente est décédée avant toute intervention chirurgicale.

VII- Pronostic :

Tableau 39 : Répartition en fonction du pronostic maternel.

Pronostic maternel	Effectif	Pourcentage
Décès	2	9,1
Vivant	20	90,9
Total	22	100

Tableau 40 : Répartition en fonction de l'état morbide.

Etat morbide	Effectif	Pourcentage
Anémie	3	42,8
Suppuration pariétale	1	14,3
Fistule vésico-vaginale	1	14,3
Infection	2	28,6
Total	7	100

Tableau 41 : Répartition en fonction de la durée d'Hospitalisation

Durée (en jours)	Effectif	Pourcentage
7	18	90
10	2	10
Total	20	100

Nota béné : Deux patientes sont décédées le jour de l'Hospitalisation.

Tableau 42 : Répartition des décès maternels par rapport à l'état général

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon	0	0
Passable	0	0
Mauvais	2	100
Total	2	100

Tableau 43 : Répartition des décès maternels en fonction de la distance parcourue.

Distance parcourue (en km)	Effectif	Pourcentage
$D \leq 100$	1	50
$100 < D \leq 200$	0	0
$200 < D \leq 300$	0	0
$300 < D \leq 400$	1	50
Total	2	100

Tableau 44 : Répartition des décès maternels en fonction du mode de référence.

Mode de référence	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle - même	0	0
Evacuée	2	100
Total	2	100

Tableau 45 : Répartition des décès maternels en fonction de la réanimation.

Réanimation	Effectif	Pourcentage
Oui	2	100
Non	0	0
Total	2	100

Tableau 46 : Répartition en fonction du pronostic foetal.

Pronostic foetal	Effectif	Pourcentage
Mort-né	17	77,3
Vivant	5	22,7
Total	22	100

Tableau 47 : Répartition en fonction du score d'Apgar des nouveaux-nés à la première minute.

Score d'Apgar	Effectif	Pourcentage
Apgar =0 (mort nés)	17	77,3
$0 < \text{Apgar} \leq 7$	3	13,6
Apgar >7	2	9,1
Total	22	100

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

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

I- FREQUENCE :

La fréquence des ruptures utérines durant la période d'étude est de 0,5% soit une rupture pour 185,2 accouchements.

Celle des césariennes est de 4% soit une rupture utérine pour 26 césariennes. Ces chiffres sont ceux du service et ne sauraient représenter la situation générale du pays.

Globalement on ne retrouve que 1 cas pour 1 500 accouchements aux Etats - Unis et en Europe, 1 cas pour 6 000 accouchements [78].

A titre comparatif nous reproduisons dans le tableau 48 ci-après les fréquences rapportées dans la littérature par d'autres auteurs dans divers pays, en Afrique particulièrement et ailleurs.

L'analyse de ce tableau montre que :

- La fréquence des ruptures utérines varie d'un pays à l'autre et dans le même pays ou dans le même service suivant les époques et suivant le recrutement des malades.
- En général, les fréquences sont beaucoup plus élevées dans les pays pauvres (Mali, Burkina Faso, Pakistan, Tunisie, Cameroun, Guinée, Egypte) que dans ceux à haut niveau industriel fortement médicalisés (Belgique, Etats-Unis) ne pouvant représenter qu'un accident sur 10 000 accouchements [81]

Cette disparité s'explique par le contrôle des principaux facteurs de risque :

- Diminution de la grande multiparité,
- Dépistage pré ou per partum des disproportions foeto-pelviennes,
- Quasi disparition des manœuvres obstétricales.

Miller D A. [82] aux USA en 1997 rapporte une fréquence d'une rupture pour 16849 accouchements.

Une étude faite au centre de santé de référence de la commune V en 2002 par Dembélé B T. [31] rapporte un taux de 0,37%.

Ce taux est inférieur à celui de notre série.

Cette augmentation du taux de rupture dans notre service est en rapport :

- D'une part : du fait que notre service étant la seule structure de 2^{ème} référence pour toute la région, cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par :
 - Les évacuations tardives par les structures sanitaires de 1^{ère} référence,
 - Les retards de décisions.
- D'autre part avec l'insuffisance, voire l'absence de structures sanitaires suffisamment équipées en matériel et en personnel à travers tout le pays.

Tableau 48 : répartition de la fréquence des ruptures dans la littérature.

Auteurs	Années	Lieu	Fréquence
Gautier C. [46]	1985	Belgique	1/1833
Chen L H. [24]	1995	Singapore	1/1833
Rachdi R. [98]	1994	Tunisie	1/548
Zine S. [126]	1995	Tunisie	1,5/100
Elkady A A. [39]	1993	Egypte	1/367
Vedat A. [117]	1993	Turquie	1/966
Hassan T J. [48]	1993	Pakistan	1/189
Balde M D. [9]	1990	Guinée	1/119
Robert D E. [101]	1986	U.S.A.	1/2251
Iloki L H. [54]	1994	Congo	0,7/100
Saglamtas M. [102]	1995	Ankara	1/1457
Lankoande J. [69]	1997	Burkina-Faso	1/1457
Champault G. [21]	1994	Cameroun	1/509
Miller D A. [82]	1997	U.S.A.	1/16849
Ola E R. [89]	1998	Nigéria	5,01/100
Tete K S. [107]	1996	Togo	0,071/100
Merger R. [81]	1993	France	1/10 000
N'Gassa P C. [86]	1994	Cameroun	1/509
Diakité M. [32]	1985	Mali	1/198
Dolo A. [34]	1990	Mali	1/95
Traoré Y. [113]	1995	Mali	3,8/100
Drabo A. [36]	1998	Mali	1/13
Sidibé M. [106]	1999	Mali	1/118
Dembélé B T. [31]	11999	Mali	1/272
Foko P J. [45]	2001	Mali	1/103
Notre étude	2004	Mali	1/185,2

II- ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :

1. L'âge :

La majorité de nos patientes soit 77,3% ont un âge compris entre 20-35 ans ; cette tranche d'âge correspond à la période où l'activité génitale est intense, fait relevé par de nombreux auteurs [17, 31, 64, 106,125]. Selon Koné M, Diarra S. [67], les âges extrêmes de la procréation constituent les âges à risque, c'est-à-dire les âges inférieurs à 15 ans et supérieurs à 35 ans. Par contre certains auteurs : Menon, Kerfer et Zeller, cités par Bohoussou K M. [15] et Cazenave J C. [19] considèrent l'âge comme ayant peu d'incidence sur la fréquence des ruptures utérines.

Les âges extrêmes de nos malades sont 16 et 45 ans comme chez Boutaleb Y. [17], Dembélé B T. [31], Drabo A. [36], Sidibé M. [106] et Traoré Y. [113].

L'âge moyen de nos patientes est de 28 ans. Il en est de même chez Cazenave J C. [19], Dembélé B T. [31], Drabo A. [36], Mintz P. [83] et Traoré Y. [113].

Notre étude compte deux adolescentes. Pour beaucoup d'auteurs africains [19, 98, 125], les gestantes jeunes payent un lourd tribut à la rupture utérine.

En effet, l'immaturité du bassin chez les femmes mariées précocement, les grossesses rapprochées sont autant de facteurs qui exposent ces jeunes femmes à la rupture utérine.

2. La parité :

Les multipares sont au nombre de 5 soit 22,9% des cas, les grandes multipares au nombre de 8 soit 36,3% des cas.

Ces deux groupes constituent 59% des cas.

De l'avis de la plupart des auteurs [9,61, 64, 65, 71, 75, 98, 105,117], la fréquence des ruptures utérines croit avec la parité.

Ceci s'explique par la grande fragilisation des utérus soumis à des grossesses rapprochées et fréquentes [17, 64, 100].

Les paucipares représentent 36,3% avec 8 cas.

Ce taux est proche de ceux de Troare Y. [113] et de Zhiri M A [125] qui sont respectivement de 35,5% et de 33,3%.

Dans notre série il n'y a pas de cas pour les nullipares mais nous avons relevé un cas soit 4,5% chez les primipares. Cependant, certains auteurs comme Kafkas S. [61], Traoré Y. [113] et Uche M. [114] pensent que la rupture utérine n'est pas rare chez les primipares et les multipares.

La fragilisation de l'utérus par une cicatrice antérieure [125] et surtout la tentative d'accouchement sur présentations dystociques ou disproportions foeto-pelviennes ont contribué à augmenter le nombre de rupture utérine chez ces femmes dont la parité est faible ou nulle.

Nous pensons comme Bohoussou K M. [15], Coulibaly F. [26], Thiero M. [108], Traoré F A. [111] et N'Gassa P C. [86] que la prédisposition à la rupture utérine des multipares âgées est une notion classique qui mérite d'être conservée.

3. La Gestité :

La gestité, seule, ne semble pas influencer la fréquence des ruptures utérines. Uche M. [114] au Nigeria en 1985 et Kafkas S. [61] en Turquie en 1991 signalent l'absence de rupture utérine chez les primigestes.

4. Le niveau Socio-économique :

Le niveau socio-économique bas, l'analphabétisme, le manque ou l'insuffisance de consultation prénatale sont des facteurs péjoratifs qui favorisent la survenue de la rupture utérine [1, 9, 15, 19, 40, 61, 100, 125]

- 86,4% soit 19 cas de nos patientes n'ont aucun niveau d'instruction ; 9,1% soit 2 cas ont le niveau primaire et 4,5 soit 1 cas ont le niveau secondaire.

Une femme non instruite est moins prompte à rechercher des soins médicaux de qualité que son homologue instruite, soit, parce qu'elle n'est pas pleinement consciente des possibilités offertes, soit parce qu'elle est effrayée et désespérée dans le monde étranger des services de santé [114].

- Quant aux suivis de la grossesse : 90,9% de nos patientes ont été vues au moins une fois en consultation prénatale et 9,1% n'ont fait aucune consultation prénatale.

En plus de la quantité, la qualité de la consultation prénatale constitue un facteur préventif déterminant.

- Dans 15% des cas la sage-femme a assuré la consultation contre 65% pour la matrone, 10% pour le médecin généraliste et 10% pour l'obstétricien.
- 68,2% de nos patientes ont été évacuées.

Elles proviennent des zones rurales parcourant plusieurs centaines de kilomètres sur des routes en mauvais état. Les frais de transport (location de voiture ou d'ambulance, prix de carburant) variant de 25 000 FCFA à 40 000 FCFA par malade, elles nous arrivent très démunies.

On estime que l'extension et l'amélioration du système de référence, évacuation avec partage des coûts du service socio-sanitaire du cercle de Kayes en collaboration avec l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes et les communautés rurales permettra de résoudre une grande partie des difficultés liées à la prise en charge des accouchements dystociques et par conséquent diminuer la fréquence des ruptures utérines.

L'étude de la provenance des patientes comporte un biais relevé par Vavdin F. [118]. Pour cet auteur, un grand nombre de patiente n'arrive jamais à l'hôpital, elles meurent au cours du transfert à cause des mauvaises conditions d'acheminement et du délai souvent trop long.

La distance d'évacuation la plus proche est de 2km et la plus longue est de 345 km ; avec une moyenne de 94,5km. Notre taux d'évacuation est proche de celui de Sidibé M. [106] au Mali 73,6% Dembélé B T. [31] au Mali 70,2%. En outre des fréquences variables d'évacuation sont rapportées dans la littérature :

- ✓ Diomande G. [33] en Côte d'Ivoire en 1993 : 80,20%
- ✓ Zine S. [126] en Tunisie en 1995 : 72,3%
- ✓ Kaba C S. [59] en Côte d'Ivoire en 1993 : 92,94%
- ✓ Rekik S. [99] en Tunisie en 1987 : 61%
- Toutes nos patientes sont mariées. Elles sont toutes ménagères.

- 45,5% soit 10 patientes ont comme procréateur un cultivateur.

5. Les Antécédents :

Les antécédents d'interventions chirurgicales sur l'utérus, les trompes et autres parties génitales et la qualification de l'agent responsable de l'intervention sont indispensables à prendre à compte.

- 8 patientes soit 36,4% avaient un antécédent de césarienne dont un cas d'utérus bi - cicatriciel et un cas d'utérus tri - cicatriciel.

Ce résultat est comparable à celui de Dembélé B T. [31] au Mali qui trouve 37,7%. Sur les 8 patientes 7 avaient comme opérateur un médecin généraliste contre 1 pour un obstétricien.

- Aucun cas d'antécédent de curetage n'a été retrouvé, cependant certains auteurs comme [28, 35, 43, 46, 53, 79, 80, 83, 98] insistent sur le rôle traumatisant du curetage.
- L'intervalle intergénéscique était inférieur à 24 mois dans 28,5% soit 6 cas.

Cet écart intergénéscique réduit, semble un élément important contribuant à une mauvaise récupération histologique du muscle utérin, le fragilisant au fur et à mesure des grossesses, favorisant ainsi la rupture utérine [125].

Pour Ruiz Valesco, cité par El Mansouri A. [41] 72,5% de déhiscence surviennent quand le délai est inférieur à 24 mois contre 27,5% quand il est supérieur à 24 mois.

III- CLINIQUE :

Il est fréquent que les femmes soient évacuées après 2 ; 3 voire 4 jours de travail [15, 36, 100, 113].

La plupart de nos patientes ont une durée de travail supérieure à 6 heures. Elles sont au nombre de 19 soit 86,4%. Les extrêmes sont de 5 à 72 heures avec une moyenne de 23 heures.

Elles nous arrivent exténuées à l'hôpital et dans un mauvais état général (36,4%).

La poche des eaux est rompue dans 72,7%. Dans 13 cas (81,3%) le délai de rupture est supérieur ou égal à 6 heures.

Le délai moyen de rupture de la poche des eaux, dans notre étude est d'environ 20 heures.

L'ouverture de l'œuf expose la parturiente au danger des infections qui sont :

- ✓ l'endométrite,
- ✓ la chorioamniotite,
- ✓ la pelvipéritonite,
- ✓ la septicémie.

L'étude clinique du bassin nous donne un taux de 13,6% pour les bassins limites, 9,1% pour les bassins rétrécis et 77,3% pour les bassins normaux. Ces explorations ont été faites au toucher vaginal simple.

Dans 8 cas soit 36,3% la hauteur utérine est supérieure à 33 cm et dans 3 cas soit 13,6% elle est supérieure à 36 cm. Une hauteur utérine excessive devrait accentuer la vigilance et amener à prendre une décision conséquente qui, seule pouvait éviter le drame.

1- Circonstance de survenue :

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

- A domicile : 2 cas soit 9,1%. Cette fréquence avoisine celle de Foko P.J. [45] 6,7%.

Elle est inférieure à celle constatée par : Sidibé M. [105] au Mali 20,8% ; Zhiri M A. [125] au Maroc 30% ; Drabo A. [36] au Mali 68% ; Hodonou A K S. [52] au Togo 61,21%.

Les raisons de cette inflation sont entre autres les frais de déplacement ou de séjour hospitalier difficiles à honorer et l'appréhension d'une nouvelle césarienne [52]. Hodonou A K S. [52] insiste sur l'utilisation de décoction de plantes à fort pouvoir ocytocique ingérée dans le but de faciliter le travail [64, 100, 116]. Ces drogues précipitant le drame, sont certainement contre indiquées dans certains cas à raison de leurs principes actifs et d'une dystocie méconnue.

- Dans une formation sanitaire extérieure : 17 cas soit 77,3%
Cette fréquence avoisine celle de Dembélé B T. [31] au Mali 72, 8% et Foko P J. [45] au Mali 86,6%

Elle est supérieure à celle trouvée par : Drabo A. [36] au Mali 28%, Hodonou A K S. [52] au Togo 35,15%.

- Dans le service : 3 cas soit 13,6% dont 1 cas par déhiscence d'ancienne cicatrice découverte au cours d'un accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel.

Notre fréquence est supérieure à celle de : Drabo A. [36] au Mali 4% ; Traoré Y. [113] au Mali 4,5% ; Foko P J. [45] au Mali 6,7%.

Elle est nettement inférieure à celle de Diomande G. [33] en Côte d'Ivoire 68,32% ; Sidibé M. [106] au Mali 22,6%. Les ruptures utérines surviennent soit dans l'attente des médicaments [15] soit après une thérapeutique mal faite, mal surveillée [38, 101, 125] ou injustifiée [64, 101].

2- Circonstance de Diagnostic :

- Dans 50% soit 11 cas, le tableau est franc. Il succède une phase de pré rupture lorsque le traitement d'urgence n'a pas été appliqué.

Il se manifeste par une douleur abdominale inaugurale, l'absence des bruits du cœur du fœtus (77,3%) qui est palpé sous la peau dans 40,9% des cas.

La palpation abdominale provoque une douleur très vive et un corps utérin rétracté et souvent retrouvé à côté du fœtus. Il n'y a plus de contraction utérine.

Les signes de choc (22,7% des cas) avec anémie (54,5%) s'installent signant la spoliation sanguine.

La métrorragie est notée dans 40,9% des cas.

Selon plusieurs auteurs [15, 36 ; 113] la métrorragie est constante.

Le toucher vaginal ne retrouve plus ou pas la présentation ; le col qui avait atteint un certain degré de dilatation est revenu sur lui-même ; le doigtier ramène du sang.

L'hyperthermie est retrouvée dans 18,1% des cas, conséquence logique de la rupture de la poche des eaux qui remonte à plusieurs heures et l'hématurie dans 22,7% des cas.

Notre fréquence avoisine celle de Diakitité M. [32] au Mali 46,34%. Elle est supérieure à celle de Rikik S. [99] en Tunisie 36% et nettement inférieure à celle de : Hodonou A K S.

[52] au Togo 73,33% ; Bohoussou K M. [15] en Côte d'Ivoire 71,87% ; Drabo A. [36] au Mali 68% ; Foko P J. [45] 66,7% et Traoré Y. [113] au Mali 61,1%

- Dans 45,5% soit 10 cas la rupture était silencieuse. Elle n'a été mise en évidence qu'après la laparotomie indiquée pour d'autres causes : syndrome de prérupture, césarienne itérative, non progression du travail, disproportion foeto-pelvienne.

Ce taux est comparable à celui de Rekik S. [99] en Tunisie 40%. Il est supérieur à celui de : Hodonou A K S. [52] au Togo 12,7% ; Foko P J. [45] au Mali 16,7% ; Drabo A. [36] au Mali 28% ; Sidibé M. [106] au Mali 28,5% ; Traore Y. [113] au Mali 28,9% ; El Mansouri A. [40] au Maroc 32%.

Il faut mentionner ici que chez une femme en travail, ayant de bonnes contractions et une dilatation cervicale assez avancée, le diagnostic de rupture insidieuse doit être évoqué devant la disparition ou la réduction des contractions et le retour du col à une dilatation inférieure [52].

- Dans 4,5% soit 1 cas le diagnostic a été porté après accouchement par voie basse. C'est à l'occasion de la révision utérine chez une femme porteuse d'utérus cicatriciel présentant une hémorragie de la délivrance que la brèche utérine a été décelée.

C'est à la suite d'une révision utérine que El Mansouri A. [40], Rekik S. [99], Traoré Y. [113] et Keita N. [64] ont aussi diagnostiqué respectivement 36% ; 19,5% ; 10% et 8,38%.

Ces taux sont supérieurs au notre qui est cependant proche de celui de : Drabo A. [36] au Mali 4% ; Foko P J. [45] au Mali 3,3%.

3- Moment de survenue de la rupture :

Toutes nos patientes étaient en travail au moment de la rupture (100%). Il en est de même pour Drabo A. [36] au Mali, Sidibé M. [106] au Mali et Traoré Y. [113] au Mali.

Ceci nous fait dire que le travail d'accouchement n'est pas surveillé ou est mal surveillé. Ceci se comprend aisément quand on pense qu'il y a encore beaucoup d'accouchements qui se font à domicile ou dans des petites maternités où la parturiente est livrée à elle-même et/ou dans le meilleur des cas la sage-femme ou la fille de salle arrive juste pour dégager la tête [2].

Au cours de la grossesse, les cicatrices [13, 14, 42, 46, 73, 76, 79, 80, 83, 88, 96, 109] et les malformations utérines [6, 85, 95] sont incriminées dans la genèse de la rupture utérine précoce.

Picaud A. [95] au Gabon a relevé un cas de rupture précoce par malformation utérine. Nous n'avons noté aucun cas de malformation utérine.

La plupart des auteurs reconnaissent en la rupture utérine une pathologie du travail [15, 19, 34, 46, 52, 64, 116, 125].

IV- FACTEURS ETIOLOGIQUES :**1- Ruptures spontanées sur utérus sain :**

Elles sont les plus fréquentes avec 9 cas soit 50%. Il s'agit de dystocie provoquée par :

- Un gros fœtus pour un bassin normal : 3 cas soit 14,2%.
- Un bassin généralement rétréci : 2 cas soit 9,1% dont une patiente, avait une taille inférieure à 150 cm.
La taille de la mère est un facteur de risque de survenue de dystocie fœto-maternel [37, 48, 120].
- Une présentation transversale avec épaule négligée : 1 cas soit 4,5%.
- Une présentation de face enclavée : 1 cas soit 4,5%.

Les dystocies négligées (disproportions foeto-pelviennes, bassins rétrécis, présentations dystociques soulignent les carences de la surveillance obstétricale.

Le travail prolongé avec stagnation, œdème du col et l'hypercynésie sont autant de signes d'alarme qui, dans ces cas, auraient dû permettre d'éviter la rupture utérine.

- les présentations de siège dont une associée à un gros fœtus avec 9,1% des cas.

Tout accoucheur doit avoir à l'esprit la citation de LACOMME que cite Séguy B. [104] « Nous craignons les gros fœtus, les grosses têtes, les larges épaules »

Ces différentes causes, à des degrés divers, sont retrouvées dans la littérature [2, 15, 34, 39, 40, 52, 54, 68, 95, 116].

Tableau 49 : répartition des ruptures spontanées dans la littérature.

Auteurs	Pays	Année	Pourcentage
Pehoua P A. [92]	Cote d'Ivoire	1980	67,83
Kaba C S. [59]	Cote d'Ivoire	1993	55,02
Vavdin F. [116]	Rwanda	1983	88
Rekik S. [99]	Tunisie	1987	30,5
Elkady A A. [39]	Egypte	1993	57,14
Bayo A. [10]	Mali	1991	68,9
Traoré Y. [113]	Mali	1995	74,4
Drabo A. [36]	Mali	1998	56
Sidibé M. [106]	Mali	2000	64,1
Foko P J. [45]	Mali	2002	50
Notre Etude	Mali	2004	40,9

L'analyse de ce tableau montre que :

Notre taux de rupture spontanée sur utérus sain est inférieur à celui de Pehoua P A. [92] en Côte d'Ivoire ; Caba C S. [59] en Côte d'Ivoire ; Vavdin F. [116] au Rwanda ; Elkady A A. [39] en Egypte ; Bayo A. [10] au Mali ; Traoré Y. [113] au Mali ; Drabo A. [36] au Mali ; Sidibé M. [106] au Mali ; Foko P J. [45] au Mali.

Il est supérieur à celui de Rekik S. [99] en Tunisie.

Les ruptures spontanées sur utérus sain à l'inverse des désunions, sont l'apanage des pays sous médicalisés.

Elles sont le reflet du bas niveau économique [19].

2- Ruptures utérines sur utérus cicatriciel :

L'existence d'une cicatrice de laparotomie ou de césarienne antérieure constitue un facteur important surtout si la cause de la première intervention existe toujours comme c'est le cas pour les bassins pathologiques.

Au cours de notre étude, nous avons noté 8 cas soit 36,3% d'utérus cicatriciel.

On y relève un cas d'utérus bi-cicatriciel et un cas d'utérus tri-cicatriciel.

L'augmentation du nombre de césarienne ces dernières années a fait augmenter avec lui la fréquence des accouchements dans les utérus cicatriciels [14,80, 83,116].

Le risque de rupture utérine sur utérus cicatriciel est évalué à 1% dans la plupart des statistiques actuelles [49].

La situation est tout autre en Afrique (tableau 50) où les taux les plus élevés sont retrouvés.

Tableau 50 : Répartition des ruptures sur utérus cicatriciel dans la littérature.

Auteurs	Pays	Pourcentage
Minzt P. [83]	France	0,97
Mellier G [80]	France	1,1
Iloki L A. [55]	Congo	35,6
Tete K S. [107]	Togo	25
Boutaleb Y. [17]	Maroc	7,79
Hodonou A K S. [52]	Togo	29,09
Rekik S. [99]	Tunisie	55,5
Vavdin F. [116]	Rwanda	17
El Mansouri A. [41]	Maroc	0,4
Bayo A. [10]	Mali	15,5
Traoré Y. [113]	Mali	15,6
Drabo A. [36]	Mali	24
Sidibe M. [106]	Mali	18,9
Foko P J [45]	Mali	23,32
Notre étude	Mali	36,4

Notre taux est inférieur à celui de Rekik S. [99] en Tunisie, supérieur à celui de : Minzt P. [83] en France ; Vavdin F. [116] au Rwadan et Traoré Y. [113] au Mali. Il avoisine celui de Iloki L H. [55] au Congo.

3- Ruptures utérines provoquées :

Ce sont les ruptures iatrogènes.

Dans notre série nous avons enregistré 5 cas soit 22,7% dont 2 cas observés dans le service et 3 cas dans une formation sanitaire externe. Tous ces cas de rupture sont survenus par suite d'utilisation d'ocytocique dont :

- ✓ 1 cas par injection intraveineuse directe.
- ✓ 4 cas par perfusion dans du glucosé.

Notre taux est proche à celui de Drabo A. [36] au Mali 20% et Foko P J. [45] au Mali 26,7%.

Il est supérieur à celui de Bayo A. [10] au Mali 10,3% ; Pehoua P A. [92] en Côte d'Ivoire 5,33% et Traoré Y. [113] au Mali 10%.

Il est inférieur à celui de Zine S. [126] en Tunisie 53,8% dont 23,1% d'ocytocique.

Nous ne pratiquons ni de manœuvres ni de perfusion d'ocytocine sur utérus cicatriciel dans notre service.

La plupart des auteurs s'accordent sur la diversité [19, 39, 65, 95, 98, 100, 117] et l'intrication [17, 53, 64, 98] des facteurs étiologiques.

V- Aspects anatomo-pathologiques :

Les lésions anatomiques ont été précisées dans 21 cas sur 22 lors de l'intervention chirurgicale. Une patiente est décédée à l'admission avant toute intervention.

1- Type de la lésion anatomique :

La rupture complète est la plus fréquente dans notre série soit 76,2%.

Dans les autres cas elle est sous séreuse.

Le diagnostic est difficile dans ces cas. La découverte de la rupture est contemporaine de la laparotomie décidée pour une autre indication (pré-rupture).

Ce fait a été remarqué par de nombreux auteurs [15, 19, 31, 36, 45, 52, 59, 68, 92, 106, 113]

Cependant Diomande G. [33] signale un taux de rupture sous séreuse élevé (49,50%) contre 38,61% de rupture complète.

2- Siège des lésions :

La rupture segmentaire est la plus fréquente dans notre série avec 76,2% des cas. Viennent en suite, les ruptures :

- Corporéales (14,3%)
- Segmento-corporéales (9,5%)

La prédilection de la rupture pour le segment inférieur est reconnue par beaucoup d'auteurs avec des fréquences variables [10, 36, 40, 52, 64, 68, 97, 99, 106, 125].

La face antérieure de l'organe est la plus atteinte (90,5%) contre 9,5% pour la face postérieure. Dans ce dernier cas le diagnostic est plus difficile : l'absence ou l'ascension d'une présentation qui était préalablement palpable doit toujours attirer l'attention.

3- Trait de rupture :

Dans notre série, nous avons enregistré 13 cas soit 61,9% de trait de rupture transversale ; ceci est supérieure de celui de Dembélé B T. [31] 52,9% Sidibé M. [106] 54,9%.

- 6 cas soit 28,6% de trait de rupture longitudinale,
- 2 cas soit 9,5% de trait de rupture oblique.

4- Lésions associées :

Les lésions associées à la rupture et les bords de celle-ci sont très variés.

Les viscères avoisinant l'utérus sont menacés en cas de rupture utérine [113] ; ainsi nous avons observé :

- une atteinte des pédicules vasculaires dans 3 cas situés à gauche.
- Une lésion vésicale isolée dans 1 cas.

Beaucoup d'auteurs reconnaissent à la nécrose ischémique des organes pelviens secondaire à la compression prolongée de ceux-ci par la présentation bloquée comme un facteur responsable de fistules obstétricales.

Camey M. [18] insiste sur le rôle joué par la vessie pleine. La réplétion vésicale est souvent aggravée par les accoucheuses traditionnelles, qui font boire abondamment les parturientes.

Pour Lurke et Col cité par Camey M. [18] la paroi vésicale est soumise à deux forces opposées : la pression de la présentation bloquée et la pression hydrostatique de la vessie par rétention.

Considérant le drame social que constitue cette pathologie Camey M. [18] recommande le sondage vésical systématique de toutes les parturientes dès leur accueil en salle d'accouchement.

La solution de continuité de l'utérus a une longueur variant de 4-12 cm environ. L'aspect de la lésion occasionnée par la rupture varie selon qu'il s'agisse d'un utérus sain ou cicatriciel, mais surtout selon le délai de rupture : en cas de désunion ou de rupture récente les bords sont frais. Au contraire, ils sont le plus souvent nécrosés, friables, laminés, témoignant une rupture ancienne.

Toutes les lésions associées méritent une attention particulière du chirurgien. Une hématurie ou la présence de méconium dans les urines doit faire rechercher une atteinte vésicale.

VI- ASPECTS THERAPEUTIQUES :

La rupture utérine est une urgence obstétricale, son traitement est préventif et curatif. Un diagnostic précoce fournit la meilleure assurance de réussite thérapeutique.

Celle-ci repose sur :

1- La réanimation :

Son but est de :

- Remplacer par une transfusion sanguine la masse sanguine perdue.
- Préparer la malade pour la rendre apte à supporter l'acte chirurgical.
- Corriger le choc hypovolémique et l'anémie.

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

Dans notre service, chaque fois qu'ils on été entrepris, ces gestes de réanimation élémentaire ont été insuffisants.

Les macromolécules ne sont pas toujours disponibles. La banque de sang n'est pas régulièrement alimentée. Il faut alors très vite se mettre enquête d'un hypothétique donneur de sang isogroupe-isorhésus.

Dans notre série, 12 malades soit 54,5% ont pu être réanimées. Cette réanimation se répartie comme suit :

- Oxygénation : 5 cas
- Macromolécule : 10 cas
2 patientes ont reçu un flacon chacune et 8 patientes ont reçu 2 flacons de dextran ou d'haemacel chacune.
- Transfusion sanguine : 9 cas, 2 patientes ont reçu un sachet, 5 patientes ont reçu 2 sachets et 2 autres ont reçu 3 sachets chacune.

Cette transfusion, dans le meilleur des cas, est poursuivie en hospitalisation.

Les soins dans la formation de référence sont caractérisés par le retard au traitement dû aux pénuries de sang, de solutés et des médicaments [1].

Le temps minimum mis entre l'admission et l'intervention chirurgicale est de 15 minutes le maximum est d'environ 2 heures. Il est long dans la plupart des cas [33, 64, 113, 116].

Le délai moyen est d'une heure.

2- Le geste chirurgical :

La technique utilisée doit tenir compte de certaines considérations [50, 64, 113, 116] qui sont :

- Le type de rupture, sa localisation, sa direction, son étendu.
- La présence d'infection.
- L'état général de la malade.
- L'âge, la parité, le niveau d'instruction.
- Le plateau technique, l'expérience de l'anesthésiste.
- Le nombre d'enfants vivants ou non.
- Le désir de procréer.
- Ces critères s'ajoutent aux expériences heureuses ou malheureuses et les opinions personnelles du chirurgien [19, 52].

Le traitement des lésions a été possible chez 21 patientes, une étant décédée avant toute intervention chirurgicale.

Nous avons effectué l'hystérorraphie dans 71,4% des cas associée dans 4 cas soit 26,7% à la ligature des trompes.

La suture de la brèche est faite après avivement des bords des lésions.

Le risque de récurrence est grand si l'hystérorraphie est faite sans ligature et stérilisation tubaire [88].

Le médecin généraliste a réalisé 1 suture contre 3 pour le chirurgien et 11 pour l'obstétricien.

L'hystérectomie subtotale a été la technique utilisée dans les autres cas (28,6%). Elle a été faite par l'obstétricien.

La tendance adoptée est la suture chez la plupart des auteurs comme l'indique le tableau 51.

Tableau 51 : Répartition de la fréquence des sutures dans la littérature.

Auteurs	Pays	Pourcentage
Keita N. [64]	guinée	69,67
Zhiri M A. [125]	Maroc	90
Picaud A. [96]	Gabon	71,4
Duverger V. [38]	Côte d'Ivoire	82,6
Lusanga N. [76]	Zaïre	71
Zine S. [126]	Tunisie	73,3
Diakité M. [32]	Mali	60,98
Dolo A. [34]	Mali	76,1
Traoré Y. [113]	Mali	60,1
Drabo A. [36]	Mali	87,5
Sidibé M. [106]	Mali	96,1
Foko P J. [45]	Mali	78,57
Notre étude	Mali	71,4

Cette tendance s'explique d'une part par la capacité importante de récupération du muscle utérin après suture. Aussi celle-ci a-t-elle l'avantage d'être rapide et d'éviter le choc opératoire d'une intervention plus longue et plus pénible [125].

D'autre part, l'hystérectomie surtout chez la femme jeune est très mal vécue. La femme, trop souvent considérée comme dépréciée, est ensuite répudiée [64, 125]. L'accent est mis pour certains [19, 52] sur le soin permanent, que doit avoir tout médecin devant une rupture utérine en Afrique, de conserver l'intégrité des organes génitaux ; ceci en raison de l'intérêt majeur que les femmes africaines accordent à la procréation.

Mais plutôt que de préserver à tout prix la fécondité de ces opérées en conservant un utérus dans un milieu hématique et septique, source de complication post-opératoire, nous pensons avec Ribault L. [100] et Traoré Y. [113] qu'il vaut mieux, par un geste radical, sauver la vie de la patiente et la protéger des complications qui ne manqueraient pas de perturber les accouchements ultérieurs trop souvent rapprochés.

L'analyse du tableau 51 montre que notre taux de suture est proportionnel à celui de la plupart des autres auteurs.

L'hystérectomie pose, certes, des problèmes psychologiques du fait de la ménopause précoce et de son corollaire, la stérilité définitive.

Nous n'avons pu malheureusement l'éviter chez 28,6% de nos patientes en raison de l'importance des délabrements de l'utérus et de l'infection amniotique associée.

La conservation de tels utérus aurait exposé les patientes au risque de lâchage de la suture utérine, avec son cortège d'hémorragie secondaire et de péritonite.

Tableau 52 : répartition de la fréquence d'hystérectomie dans la littérature.

Auteurs	Pays	Pourcentage
Bohoussou K M. [15]	Côte d'Ivoire	62,4
Keita N. [64]	Guinée	27,74
Rachdi R. [98]	Tunisie	25
Zhiri M A. [125]	Maroc	9,6
Boutaleb Y. [17]	Maroc	17
Picaud A. [95]	Gabon	46,4
Duverger V. [38]	Côte d'Ivoire	17,4
Lankoande J. [68]	Côte d'Ivoire	77,36
Lusanga N. [76]	Zaire	29
Diomande G. [33]	Côte d'Ivoire	54,44
Diakité M. [32]	Mali	29,26
Traoré Y. [113]	Mali	39,9
Drabo A. [36]	Mali	12,5
Sidibé M. [106]	Mali	3,9
Foko P J. [45]	MALI	21,43
Notre étude	Mali	28,6

L'analyse du tableau 52 montre que notre taux d'hystérectomie est voisin de celui de :

- ✓ Keita N. [64] : 27.74%
- ✓ Lusanga N. [76] : 29%
- ✓ Diakité M. [32] : 29,26%

Il est largement supérieur à celui de :

- ✓ Sidibé M. [106] : 3,9%
- ✓ Zhiri M A. [125] : 9,6%

Ce taux est inférieur à celui de :

- ✓ Bohoussou K M. [15] : 62,40%
- ✓ Lankoande J. [68] : 77,36%

Toutes les interventions ont été faites par l'obstétricien.
Le drainage pariétal est souvent fait. Il est surtout indiqué en cas d'infection surajoutée de lésions anatomiques très importantes.

Une antibiothérapie de couverture est associée :
L'ampicilline 1g : 3g le matin et 2g le soir en IVD pendant 3 jours et 1gx2/jour IVD pendant 4 jours associée à la gentamycine 80mg, 160mg le matin, 80mg le soir pendant 3 jours et 80mg/j pendant 4 jours.

Dans certains cas le métronidazol est associé au traitement. Celui-ci est poursuivi en post-opératoire avec une prévention palustre par la quinine et la chloroquine.
L'ablation de la sonde urinaire est faite au bout de 48 heures. En cas d'atteinte vésicale, la sonde reste en demeure pendant 7-10 jours sous couverture antibiotique.

La déperfusion se fait au bout de 72 heures avec la mobilisation précoce dans les 24 heures après l'intervention.

La durée moyenne d'hospitalisation est de 7 jours.

VII- PRONOSTIC MATERNO-FCETAL :

Le pronostic materno-fœtal dépend de plusieurs facteurs. La rapidité du diagnostic et du traitement peut sauver la patiente [34, 46, 93, 97, 113]. Tel est l'avis de tous.

A- Pronostic Maternel :

Il a été satisfaisant dans 90,9% des cas

1- Mortalité maternelle :

Elle est de 9,1% soit 2 cas, repartis comme suite :

- ✓ 1 décès survenu à l'admission dans le service par arrêt cardiaque avant l'intervention chirurgicale.
- ✓ 1 cas de mort maternelle dans les 24 heures après l'intervention par désordre métabolique et choc infectieux.

Notre taux avoisine celui de :

- ✓ Kafkas S. [61] en Turquie : 7,3%
- ✓ Sidibé M. [106] au Mali : 9,1%
- ✓ Dolo A. [34] au Mali : 9,5%

Il est supérieur à celui de :

- ✓ El Mansouri A. [40] au Maroc : 0,5%
- ✓ Zine S. [126] EN Tunisie : 2,8%

Au Canada ce taux est nul [35].

Il est inférieur à celui de :

- ✓ Uche M. [114] au Nigeria : 41,6%
- ✓ Lankoande J. [69] au Burkina-Faso : 35%
- ✓ Drabo A. [36] au Mali : 32%

En outre, la mortalité maternelle est élevée avec les statistiques africaines (tableau 53)

Tableau 53 : Répartition de la fréquence des décès maternels par rupture utérine dans la littérature.

Auteurs	Année	Pays	Pourcentages
Uche M. [114]	1985	Nigéria	41,6
Kaba C S. [59]	1993	Côte d'Ivoire	22,3
Picaud A. [95]	1989	Gabon	6,5
Lusanga N. [76]	1983	Zaïre	4,2
N'Gassa P C. [86]	1994	Cameroun	16
Zhiri M A. [125]	1989	Maroc	2,5
Kafkas S. [61]	1991	Turquie	7,3
El Mansouri A. [40]	1995	Maroc	0,5
Zine S. [126]	1995	Tunisie	2,8
Keita N. [64]	1985	Guinée	20,64
Balde M D. [9]	1990	Guinée	16,1
Donna M F. [35]	1987	Canada	0
Bayo A. [10]	1991	Mali	12,63
Dolo A. [34]	1990	Mali	9,5
Traoré Y. [113]	1995	Mali	15,6
Drabo A. [36]	1998	Mali	32
Lankoande J. [69]	1997	Burkina Faso	35
Sidibé M. [106]	2000	Mali	9,1
Foko P J. [45]	2002	Mali	20
Notre étude	2004	Mali	9,1

2- Facteurs influençant la mortalité maternelle :

Nous avons étudié certains facteurs et leur rôle dans la mortalité maternelle dans notre service.

Ainsi, il ressort de l'analyse du tableau 42 que plus l'état général est mauvais, plus grand est le risque de décès.

En effet, le taux de décès des patientes qui ont un mauvais état général est de 100%. Nous n'avons pas relevé de décès maternel chez les patientes ayant un état général passable ou bon.

Toutes nos patientes décédées ont un délai de rupture de la poche des eaux supérieur à 24 heures.

Or l'ouverture de l'œuf expose la parturiente aux infections.

Toutes nos patientes décédées sont des évacuées, fait relevé par Coulibaly F. [26], Traoré Y. [113], Drabo A. [36] et Foko P J. [45].

Aucun décès n'est relevé chez les patientes venues d'elles-mêmes (tableau 44).

Très souvent, les femmes qui ont fait un long trajet pour se rendre à l'hôpital arrivent dans un état désespéré, trop tard peut être pour pouvoir être efficacement soignées [113].

Les conséquences de l'évacuation sanitaire obstétricale sont dramatiques au plan du pronostic maternel et fœtal [16, 19, 26, 113]

La réanimation pré et post-opératoire sont incontestablement des facteurs importants pour améliorer la survie des patientes en cas de rupture. Mais ce facteur n'a pu être correctement étudié, la réanimation entreprise étant insuffisante dans la quasi-totalité des cas.

Toutes nos patientes décédées ont une durée de travail supérieure à 24 heures, alors qu'un travail prolongé entraîne une altération de l'état général de la parturiente.

L'état général altéré des patientes aggravé par les longues distances d'évacuation, sur des routes et des moyens de déplacement defectueux qui prolongent le délai de transfert vers l'hôpital de référence explique la sévérité du pronostic maternel.

Plusieurs auteurs s'accordent sur l'expérience et la qualification du chirurgien pour améliorer la survie maternelle liée à la rupture utérine. Dans notre série ce facteur n'a pu être étudié car nous avons enregistré un seul cas de décès maternel après une intervention faite par l'obstétricien.

Selon ces auteurs la survie maternelle est améliorée quand l'intervention est faite par un opérateur expérimenté.

3- Morbidité :

Chez 7 patientes, les suites opératoires ont été perturbées de complications diverses prolongeant ainsi le séjour hospitalier et compromettant le pronostic vital. Ce sont :

- ✓ Anémie : 3 cas soit 42,8%
- ✓ Infection : 2 cas soit 28,6%
- ✓ Suppuration pariétale : 1 cas soit 14,3%
- ✓ Fistule vésico-vaginale : 1 cas soit 14,3%.

4- Avenir obstétrical :

Il nous est difficile de tirer des conclusions adéquates en raison du peu de suivi des parturientes de notre série. Cependant, sur les 20 femmes traitées et survivantes, 11 ayant bénéficiées d'un traitement conservateur sans ligature et résection tubaire peuvent prétendre à une nouvelle grossesse.

B- Pronostic fœtal :

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

Le pronostic foetal est catastrophique surtout en Afrique où les parturientes arrivent tard à l'hôpital au stade de la rupture confirmée.

1- Mortalité foetale :

Nous avons enregistré 77,3% soit 17 cas de mort-nées dans notre série.

Le caractère foeticide des ruptures utérines se trouve également dans les différentes statistiques comme l'indique le tableau 54.

Tableau 54 : Répartition des décès foetaux par rupture utérine dans la littérature.

Auteurs	Pays	Pourcentage
Picaud A. [95]	Gabon	95
Boutaleb Y. [17]	Maroc	98,6
Hodonou A K S. [52]	Togo	77,57
Lankoande J. [69]	Burkina Faso	95
Dolo A. [34]	Mali	90,5
Kafkas S. [61]	Turquie	82,9
Balde M D. [9]	Guinée	75,3
Iloki L H. [55]	Congo	67,8
El Mansouri A. [40]	Maroc	58
Zhiri M A. [125]	Maroc	48
Miller D A. [82]	U.S.A	31
Drabo A. [36]	Mali	84
Sidibé M. [105]	Mali	84,3
Foko P J. [45]	Mali	80
Notre étude	Mali	77,3

L'analyse de ce tableau montre que notre taux de mortalité foetale est proche de celui de :

- ✓ Hodonou A K S. [52] :77,57%
- ✓ Balde M D. [9] :75,3%
- ✓ Foko J P. [45]. 80%

Il est supérieur à celui de :

- ✓ Iloki L H. [55] : 67,8%
- ✓ Zhiri M A [125] :48%
- ✓ Miller D A. [82] :31%

Ce taux est cependant inférieur à celui de :

- ✓ Boutaleb Y. [17] : 98%
- ✓ Lankoande J. [69] : 95%
- ✓ Dolo A. [34] : 90,5%

2- Survie fœtale :

Les nouveaux-nés ayant survécu sont issus :

- des ruptures qui ont été l'objet d'une intervention chirurgicale rapide,
- et de ruptures sous péritonéales, le fœtus étant encore intra-utérin et le placenta non décollé.

Ces nouveaux-nés sont au nombre de 5 soit 22,7% dont 3 cas avec souffrance fœtale 60% et 2 cas sans souffrance fœtale 40%

Le score d'Apgar de ces nouveaux-nés est représenté comme suit :

- ✓ 2 nouveaux-nés : score d'Apgar 4 à la première minute, 7 à la cinquième minute.
- ✓ 1 nouveau né : score d'apgar 6 à la première minute, 9 à la cinquième minute.

Tous ces nouveaux-nés sont issus de ruptures sur utérus cicatriciel après désunion de cicatrice.

En effet, le pronostic fœtal est bon en cas de déhiscence [83, 113,118].

ATTITUDE PROPHYLACTIQUE PRATIQUE

ATTITUDE PROPHYLACTIQUE PRATIQUE

Sur le plan pratique trois groupes d'attitudes préventives sont à retenir :

A- Attitude préventive vis-à-vis des ruptures utérines spontanées :

Les ruptures utérines spontanées résultent :

- Soit d'un défaut de suivi des parturientes.
- Soit d'une insuffisance de la surveillance médicale des grossesses.

L'attitude préventive doit se faire à tous les niveaux de la pyramide de santé.

1- Au niveau de la Matrone :

La citation : « le soleil ne doit jamais se coucher plus d'une fois sur un même travail » [87] doit être une règle cardinale.

Pour Nicolaso E. [87] un travail de 18 heures est déjà excessif, car il entraîne une fragilité du muscle et un épuisement de la mère.

La compétence de la matrone étant très limitée, elle doit s'attacher à évacuer sans délai tout cas qui lui paraîtra suspect.

2- Au niveau de la sage -femme : elle doit :

a- sensibiliser la femme sur le bien fait de l'accouchement en maternité.

b- accorder au carnet de grossesse sa valeur réelle.

Celui-ci ne doit pas être une simple formalité administrative. Il doit au contraire permettre de façon simple et suffisante le suivi de la grossesse et de la connaissance des antécédents de la parturiente. Toutes les rubriques de ce carnet doivent être conséquemment et correctement remplies.

c- être capable de faire, dans le dernier trimestre, le pronostic maternel et fœtal de l'accouchement.

d- avoir à l'esprit que : « la consultation prénatale est un des trois piliers de la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale avec l'accouchement assisté et l'espacement des naissances » [29].

e- correctement remplir le partogramme qui permet un enregistrement graphique du déroulement du travail et de l'accouchement ainsi que des principales données sur l'état de la mère et de l'enfant. C'est un instrument privilégié.

Peu coûteux, adaptable au contexte local, il est à la fois un élément pédagogique et un élément clinique dans la prise de décision des transferts obstétricaux vers les maternités de référence.

f- organiser, en profitant des périodes de consultation, des séances d'information et de sensibilisation sur :

- les méthodes de planification familiale,
- l'hygiène de la femme en grossesse.

3- Au niveau du médecin : il doit :

a- éduquer les femmes à risque sur les dangers qu'elles courent lors du travail en insistant sur la nécessité de l'accouchement dans un centre hospitalier.

b- informer les autorités sanitaires sur les drames causés par les ruptures utérines : un bilan sanitaire annuel s'impose à lui.

4- Cas particulier de la pré-rupture :

Il faut faire le diagnostic à temps.

- Dans un centre de santé non équipé, l'évacuation sur un centre chirurgical s'impose.
- Dans un centre équipé : la rupture est une urgence chirurgicale. Opérer, au plus tard, en pré rupture est l'idéal pour la mère et le fœtus qui a déjà commencé à souffrir.

Le fœtus peut être mort, il faut alors sauver la vie de la mère et ménager son avenir obstétrical.

B- Attitude préventive vis-à-vis des ruptures d'utérus cicatriciels :

Tant que faire autrement se peut, éviter de fragiliser l'utérus par une cicatrice, surtout de césarienne.

1- Au moment de la césarienne :

On s'attachera autant à l'exactitude de l'indication opératoire qu'à la bonne exécution de l'intervention [104].

2- Après la césarienne :

- a- Il faut une contraception systématique efficace pendant douze à vingt-quatre mois, surtout si les suites opératoires ont été fébriles.
- b- Le médecin doit jouer le rôle d'éducateur de premier plan vis-à-vis de la parturiente porteuse d'utérus cicatriciel.

3- Au cours de la grossesse :

L'évacuation systématique sur un centre chirurgical des parturientes en fin de grossesse s'impose.

4- Au moment de l'accouchement : Il faut

- a- une surveillance minutieuse du travail d'accouchement avec un monitoring si possible et une révision utérine systématique après l'expulsion.
- b- Faire le choix de l'accouchement des utérus cicatriciels : la césarienne sera systématique si :
 - La cicatrice n'est pas segmentaire,
 - La cicatrice est de mauvaise qualité ou si les suites opératoires ont été fébriles,
 - La cause initiale persiste : bassin dystocique.
- c- S'abstenir de faire une césarienne à « tous les coups » parce que la parturiente est déjà césarisée. Tant que une césarienne n'est pas indiquée, éviter de fragiliser d'avantage l'utérus.

- d- Une ligature des trompes doit être proposée à la troisième ou quatrième césarienne en fonction de l'état de la cicatrice.

C- Attitude préventive vis-à-vis des ruptures utérines provoquées :

- 1- Les manœuvres, instrumentales et non, doivent être réservées à des spécialistes. Aussi elles doivent être suivies de révision utérine.
- 2- Il ne faut jamais employer les ocytociques pour seulement accélérer le travail. Leur indication est surtout l'hypocinésie utérine.
- 3- Interdiction absolue de l'usage des ocytociques chez les parturientes par :
 - a- voie intramusculaire et intraveineuse directe.
 - b- des personnels non formés.

Les ocytociques et les manœuvres exigent une bonne pratique, une surveillance accrue.

Ils exigent également la connaissance des indications, contre-indications et des conditions requises pour leur utilisation.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

I- CONCLUSION

La rupture utérine demeure l'une des pathologies les plus fréquentes et les plus dramatiques dans les pays en voie de développement.

En effet, sa fréquence dans notre série est de 0,5% soit 1 rupture utérine pour 185,2 accouchements.

Le bas niveau socio-économique, la multiparité, l'insuffisance de l'infrastructure et les difficultés de transports sont des facteurs favorisant la survenue de la rupture utérine.

Les principales étiologies sont : les disproportions foeto-pelviennes, les présentations dystociques et les bassins rétrécis.

Les lésions macroscopiques de l'utérus sont dominées par la rupture utérine segmentaire : 76,2%

Le traitement repose sur :

- La réanimation insuffisante dans nos cas et,
- La chirurgie.

Dans notre série, nous avons pratiqué l'hystérectomie dans 6 cas soit 28,6% et l'hystérorraphie dans 15 cas soit 71,4% dont 4 ligatures et résections des trompes.

Plusieurs facteurs contribuent pour assombrir le pronostic materno-fœtal.

Nous avons déploré 2 cas de décès maternel soit 9,1% dont 1 cas avant l'intervention chirurgicale.

Les principales causes de mortalité maternelle sont : l'anémie et l'infection.

La mortalité fœtale est très élevée : 77,3%.

La prévention constitue le seul moyen de lutte efficace contre la rupture utérine.

La lutte contre cette grave pathologie est un passage obligé pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.

II- Recommandations :

Les aspects épidémiologiques, étiologiques et les facteurs conditionnant le pronostic materno-fœtal de la rupture utérine à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes nous amènent à faire les recommandations suivantes :

- 1- L'équipement adéquat des structures socio sanitaires qui seront rapprochée des populations.
- 2- L'amélioration de l'infrastructure médicale dans les services de référence :
Moyens de réanimation
Réserve de sang
Stock de médicaments essentiels.
- 3- Le développement de l'infrastructure routière et les moyens de locomotion à tous les niveaux.
- 4- L'assistance obstétricale qualifiée et efficace pour tout accouchement.
- 5- Décentralisation de la prise en charge des urgences obstétricales.
- 6- La fréquentation des consultations prénatales par toutes les femmes en grossesse.
- 7- L'utilisation systématique du partogramme pour tout accouchement et la référence à temps des cas pathologiques.

- 8- La formation adéquate du personnel socio-sanitaire pour, entre autre, diminuer le retard apporté au diagnostic de la rupture utérine.
- 9- La prise en charge exclusive des cas de rupture par les spécialistes.
- 10- L'accès à la planification familiale et sa promotion.
- 11- L'adaptation du cursus et des stages pratiques aux caractéristiques du pays : l'étudiant en année de thèse devra faire des stages ruraux (6 mois environ) dans le double but de se former davantage et d'apporter au personnel socio sanitaire local des connaissances nouvelles pour la prise en charge de certaines pathologies dont la rupture utérine.

REFERENCES

REFERENCES :

1- Alihonou E, Perrin R, De Souza J, Takpara I, Obeymegnibeto A.

Causes de mortalité maternelle et conditions socio-économiques et sanitaires : analyse de la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de Cotonou de 1990 à 1993.

3^{ème} congrès de la Société africaine de gynécologie et d'obstétrique (SAGO), volume des résumés, décembre 1994.

2- Alihonou E, Aguessy - Ahyi B, Akotchou L.

Les ruptures utérines : facteurs favorisants et mesures prophylactiques.

Dakar médical 1983 ; 28, 3 : 553 - 559.

3- Alihonou E, Perrin R, Atchade D, Hekpazo A, Dossou Yovo L.

Les problèmes des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical dans un service de référence (cas de la clinique Universitaire de Gynécologie et d'obstétrique du CNHU de Cotonou)

4- Atala C, Riedemann R, Biotti M, Ramirez F, Paublo M.

Môla invasora con rotura uterina.

Revista chilena de Obstetricia y Gynecologia 1992 ; 57, 5 : 356 - 358.

5 - Attieh E, Abboud J, Chalhoub S, Riachi M.

Placenta percreta et rupture utérine. A propos de deux observations.

J Gynécol Obstét Biol Reprod 1993 ; 22, 6 : 642 - 652.

6- Aubard Y, Moinet A, Eyraud J P, Amat P, Renaudie J, Baudet J H.

Rupture per-gravidique de la corne rudimentaire d'un utérus pseudo-unicorné.

Rev Fr Gynécol Obstét 1986 ; 81, 9 : 473 - 477.

7- Awwad J T, Azar G B, Seoud M A, Karam K S.

High-velocity penetrating wounds of the gravid uterus: review of 16 years of civil war.

J Obstet and Gynecol 1993 feb ; 83, 2 : 259 - 264.

8- Azem F, Jaffa A, Lessing J B, Peyser M R.

Uterine rupture with the use of a low dose vaginal PGE2 tablet.

Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinavica 1993 May ; 72 , 4 : 223 - 227.

9- Balde M D, Bastert G, Breitbach G P.

Uterine rupture: an analysis of 81 cases in Conakry/Guinea.
In jr gynaecol obstet 1990; 32, 3: 223 - 227.

10- Bayo A.

Les ruptures utérines à propos de 58 cas recensés à l'Hôpital Gabriel TOURE.
Thèse médecine, Bamako 1991 ; 4.

11- Behrens O, Goeschen K, Jacob H, Kauffels W.

Geburtseinleitung mit prostaglandin E2-Gel bei Zustand nach sectio.
Geburtshilfe und frauenheilkunde 1994 ; 54, 3 : 144 - 150.

12- Benyahia S E, Himmi A, Abbassi H, Aderdour N.

Rupture utérine par placenta accreta à 28 semaines de grossesse.
Rev Fr Gynécol Obstét 1992 ; 87, 11, 541 - 542.

13- Benzineb N, Bellasfar M, Bouguerra B, Amri M T, Sfar R.

Accouchement par voie basse après césarienne : à propos de 173 épreuves utérines.
Rev Jr gynécol obstet 1998 ; 93, 4 : 282 - 284.

14- Berger D, Richard H, Grall J Y, Leveque J, Girau J C, Palaric J C, Poulain P.

Utérus cicatriciel : résultats et sélection des patientes à l'accouchement par voie basse : à propos de 884 dossiers.
Jr gynécol obstet biol reprod 1991 ; 20 : 116 - 122

15- Bohoussou K M, Houphouet K B, Djahan Y, Anoma M, Sangaré M A.

Ruptures utérines au cours du travail : à propos de 128 cas Rev Méd de Côte d'Ivoire, n° 44.

16- Boni S, Bokossa M, Abaulleth Y, Kaba S, Diomande G, Kodjo R, Anongba S, Koné N, Bohoussou K M.

Les évacuations sanitaires d'urgences en obstétrique. Bilan de 2 années d'étude dans un service de référence : la maternité du CHU de Cocody.
3^{ème} congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO), Décembre 1994.

17- Boutaleb Y, Aderdour M, Zhiri M A.

Les ruptures utérines.
Jr gynécol Obstet biol reprod 1982 ; 11, 1: 87 - 89.

18- Camey M.

Les fistules obstétricales : Mission fistule Vésico - vaginale.

19-Cazenave J C, Breda J Y, Belier L, Nicoloso E, Courbil L J,

Les ruptures utérines en Afrique noire : un problème toujours d'actualité. Chirurgie 1988 ; 114 : 76 - 82.

20- Celiloglu M, Issever D, Posaci C, Onvural A.

A propos d'une grossesse gémellaire développée dans un utérus bicorne.

Rev Fr Gynécol obstét 1991 ; 86, 10 : 613 - 614.

21- Champault G.

Ruptures Utérines : Expérience Africaine de 64 cas.

Jr gynéco Obst Biol rep 1978 ; 7, 4 : 855 - 860.

22- Chazotte C, Cohen W R.

Catastrophic complications of previous cesarean section.

Am j obstet gynecol 1990 ; 163, 3 : 738 - 742.

23- Chelli H, Chelli M, Khrouf M.

Deux cas de rupture utérine sur corne rudimentaire.

Tunisie médicale 1987 ; 65, 2 : 143 - 147.

24- Chen L H, Tan K H, Yeog S.

A ten-year review of uterine rupture in moder obstetric practice.

An of the academy of medecine 1995 ; 24, 6 : 830 - 835.

25- Chen Yu.

Analyse clinique de 126 cas de la rupture utérine observée au niveau de l'hôpital régional de Sikasso. Mali Médical 1998 ; Tome VIII, N° 3-4, p31-33.

26- Coulibaly F

Etude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako : à propos de 25 études de cas cliniques.

Thèse médecine, Bamako 1995 ; 40.

27- Cowan R K, Kinch R A, Ellis B, Anderson R.

Trial of labor following cesarean delivery.
Obstetrics and Gynecology 1994 ; 83, 6 : 933 - 966.

28- Cristalli B, Landowski P, Bouquet de Jolinière J, Levardon M.

Brèche utérine avec adhérence digestive intra-utérine découverte lors d'une césarienne à terme.

J Gynecol Obstét Biol Reprod 1990 ; 19 : 475 - 477.

29- Debernis L.

Revue de la littérature récente (90 titres) sur la consultation prénatale, sa place dans la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale.

3^{ème} congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO)
Décembre 1994.

30- De Fontaine P.

A propos de 50 cas de ruptures utérines observés à l'hôpital du Point « G »
Med Trop 1976 ; 36, 3 : 689 - 690.

31- Dembélé B T.

Etude épidémiologique, clinique et pronostique des ruptures utérines au centre de santé de Référence de la Commune V du district de Bamako à propos de 114 cas.
Thèse médecine, Bamako 2002, 28.

32- Diakité M.

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

33- Diomande G.

Contribution à l'étude de l'accouchement dans les utérus antérieurement césarisés : à propos de 2041 cas colligés à la maternité du service de gynécologie-obstétrique du CHU de Cocody.

Thèse médecine, Abidjan 1993 ; 1504.

34- Dolo A, Keita B, Diabaté F S, Maiga B.

Les ruptures utérines au cours du travail : à propos de 21 cas observés au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital national du point «G »

Dakar médical 1990; 35, 1: 61 - 64.

35- Donna M F, Carl A N, Patrick J T.

Ruptured uterus in pregnancy : a Canadian hospital's experience.
CMAJ 1 July 1987 vol 137

36- Drabo A.

Les ruptures utérines à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti : Facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques à propos de 25 ans.
Thèse médecine, Bamako 2000, N°7.

37- Dujardin B, Van Balen H.

L'initiative pour une maternité sans risque : Quelles perspectives ?
Jr gynecol obstet biol reprod 1991 ; 20 : 397 - 405.

38- Duverger V, Breda Y.

Les ruptures utérines : à propos d'une série de 52 cas de « brousse »
Med trop 1988 ; 48, 3.

39- Elkady A A, Bayomy H M, Bekhiet M T, Nagib H S, Wahba A K.

A review of 126 cases of ruptured gravid uterus.
Int surg 1993 ; 78, 3 : 231 - 235.

40- El Mansouri A.

Les ruptures utérines à propos de 50 cas.
Rev fr gynecol obstet 1995 ; 90, 4 : 208 - 214.

41- El Mansouri A.

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

42- Faguer C.

Rupture utérine par placenta accréta à 22 semaines de grossesse : à propos d'une observation.
Jr gynecol obstet biol reprod 1988 ; 17 : 646 - 649.

43- Fernandez H, Djanhan Y, Papiernik E.

Mortalité maternelle par hémorragie dans les pays en voie de développement.
Quelle politique proposer ?
Jr gyncol obstet biol reprod 1988 ; 17 : 687 - 692.

44- Flamm B L, Goings J R, Yunbaol L, Wolde -Tsadik G.

Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor : a prospective multicenter study.
Obstetrics and gynecology 1994; 83, 6: 927-932.

45- Foko P J.

Les ruptures utérines à l'hôpital Gabriel TOURE : Facteurs qui influent le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques : à propos de 30 cas.
Thèse médecine 2002 ; 34.

46- Gautier C, Van Belle Y, Van Bogaret L J, De Muylder E.

Rupture utérine : réflexion à propos d'un cas spontané à mi-grossesse.
Jr gynecol obstet biol reprod 1985 ; 14 : 201 - 209.

47- Gonsoulin W, Borge D, Moise K J J.

Rupture of unscarred uterus in primigravid woman in association with cocaine abuse.
Am J Obstet Gynecol 1990 Aug, vol : 163, 2, 526 - 527.

48- Hassan T J, Korejo R, Jafarey S N.

Rupture of the uterus in full term pregnancy.
JPMA jr of the Pakistan medical association 1993; 43, 9: 172 - 173.

49- Heckel S, Ohl J, Dellenbach P.

Rupture d'un utérus non cicatriciel à terme, après application intracervicale d'un gel de dinoprostone (Repidil)
Rev fr gynecol obstet 1993 ; 88, 3 : 162 - 164.

50- Heij H A, Te Velde E R, Cairns J M.

The treatment of rupture of the pregnant uterus. Analysis of 93 cases treated in a rural hospital in Zambia.
Int jr gynecol obstet 1984 ; 22 : 415 - 420.

51- Herlicoviez M, Von Theobald P, Barjot P, Marie G, Uzan M, Muller G, Levy G.

Conduite à tenir devant un utérus cicatriciel.
Rev Fr Gynécol Odstét 1992 ; 87, 4 : 209-218.

52- Hodonou A K S, Schmid H, Vovor M.

Les ruptures utérines en milieu africain au CHU de Lomé : à propos de 165 cas.
Med afr Noire 1983 ; 30, 12.

53- Hodonou A K S.

Les ruptures utérines.
Sages-femmes 1988 ; 12, 8 : 7 - 12.

54- Horovitz J, Dallay D, Laplace J P, Brun G, Gonnet J M, Dubeco J P.

Rupture utérine après réimplantation tubaire.
J Gynécol Obstét Biol Reprod 1988; 17: 650 - 652.

55- Iloki L H, Okongo D, Ekoundzola J R.

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

56- Iriye B K, Bristow R E, Hsu C D, Bruni R, Johnson T R.

Uterine rupture associated with recent antepartum cocaine abuse.
Obstet and gynecol 1994 ; 83, 5 : 840 - 841.

57- Jeffrey L D, Donald M, Johnson A Jr.

Spontaneous uterine rupture during pregnancy after treatment of Asherman's Syndrome.
Am J Obstet Gynecol 1989; 160: 1053 - 1054.

58- Job H, Hubner F, Berndt R.

Uterus rupture in der 22ss w bei placenta percreta.
Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1994 ; 54, 3 : 179 - 180.

59- Kaba C S.

Rupture utérine : considérations épidémiologiques et pronostic materno-fœtal dans un service de référence : à propos de 269 cas.
Mémoire C.E.S. gynéco-obstétrique, 1993.

60- Kaczmarek J C, Kates R, Rau F, Kohorn E, Curry S.

Intra partum uterine rupture in a primiparous patient previously treated for invasive mole.

Obstet and gynecol 1994 ; 83, 5 : 842 - 844.

61- Kafkas S, Taner C E.

Rupture uterus.

Int jr gynecol obstet 1991 ; 34, 1 : 41- 44.

62- Kamina P.

Dictionnaire d'anatomie (Atlas), P-Z.

63- Kané M.

Les ruptures utérines : à propos de 61 cas observés à l'hôpital du Point «G »

Thèse médecine Bamako 1979 ; 10.

64- Keita N, Diallo M S, Ijazy Y, Barry M D, Touré B.

Ruptures utérines : à propos de 155 cas observés à Conakry (République de Guinée)

Jr gynecol obstet biol reprod 1989 ; 18 : 1041 - 1047.

65- Khan N H.

Rupture of the uterus.

Jr of Pakistan medical association 1993 ; 49, 9 : 172 - 173.

66- Ko-kivok, Yun P, Pessonier A, Halasz A, Fournie A.

Grossesse dans une corne utérine rudimentaire : rupture à la 15^{ème} semaine d'aménorrhée.

Rev Fr Gynécol d'Obstét 1994 ; 89, 1 : 27 - 31.

67- Koné M. Et Diarra S.

Ruptures utérines au cours de la grossesse. Encycl Med Chir (Paris-France) Obstétrique

5-080-A-10, 1995, 7p.

68- Lankoande J.

Ruptures au cours du travail : à propos de 349 cas observés en 5 ans au CHU de Cocody.

Mémoire, C.E.S gynécol-obstétrique 1986 - 1987.

69- Lankoande J, Ouedraogo C M R, Touré B, Ouedraogo A, Akotionga M, Sano D, Dao B, Koné B.

A propos de 80 cas de ruptures utérines à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou (Burkina-Faso)

Jr gynecol obstet bio reprod 1997 ; 26, 7 : 715 - 719.

70- Lefrere J J, Tamzali A, Pelletier L, Conard J, Larcen A, Samama M, Poitout P H.

Rupture utérine à l'origine d'un syndrome de défibrination aigue : à propos de trois observations.

J Gynécol Obstét Biol Reprod 1986 ; 15 : 795 - 797.

71- Leung A S, Leung E K, Paul R H.

Uterine rupture after previous cesarean delivery : maternal and foetal consequences.

Am jr gynecol-obstet 1993 ; 169, 4 : 945 - 950.

72- Leung A S, Fermer R M, Leung E K, Medearis A L, Paul R H.

Risk factors associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean delivery: a case control study.

Am Jr gynecol-obstet 1993; 168, 5: 1358 -1363.

73- Lizan G, Grouet H, Levy G.

Rupture de corne utérine gravide après salpingectomie avec résection de la portion interstitielle : rapport de trois cas dont un après fécondation in vitro et transfert d'embryon

74- Lobaugh M L, Bamel B M, Duke D, Webster B W.

Uterine rupture during pregnancy in a patient with a history of hysteroscopic metroplasty.

Obstet and gynecol 1994; 83, 2: 838 - 840.

75- Longombe A O, Lusi K M, Nickson P.

Obstetric uterine rupture in an rural area in Zaïre.

Tropical Doctor 1994 ; 24, 2 : 90 - 93.

76- Lusanga N, Tozin R, Tandu U, Yanga K.

Evolution des ruptures de l'utérus gravide dans les cliniques universitaires de Kinshasa : à propos de 24 observations de 1973 à 1980.

Jr gynecol obstet biol reprod 1983 ; 12 : 755 - 761.

77- Lynch J C, Pardy J P.

Uterine rupture and dehiscence : a five year survey.
Anesthesia and intensive care 1996 ; 24, 6 : 699 - 704.

78- Maria B, Cornet M C.

Rupture utérine au cours de la grossesse.
EMC obstétrique (Paris) 1981 : 5 - 080-A-10, 11.

79- Meicler P, Darai E, Pinet C, Raoust I, Colau J C.

Rupture utérine sur utérus cicatriciel méconnu.
Rev Fr Gynecol obstet 1991; 86, 10 : 609 - 611.

80- Mellier G, Forest A M, Kacem R, Mermet J.

Utérus cicatriciel : conduite à tenir.
Rev Fr Gynecol obstet 1986 ; 81, 4 : 223 - 228.

81- Merger R, Levy J, Melchior J.

Précis d'obstétrique ; 6^{ème} édition, Masson, Paris, 1995.

82- Miller D A, Goodwin T M, Gherman R B, Paul R H.

Intrapartum rupture of the unscarred uterus.
Obstet and gynecol 1997 ; 89, 5 : 671 - 673.

83- Mintz P, Herlicoviez M, Tilliard J P, Muller G, Levy G.

Utérus cicatriciel et déhiscence utérine : à propos de 20 observations.
Rev Fr gynecol obstet 1987 ; 82, 2 : 97 - 105.

84- Monod C, Duhamel B.

Schémas d'anatomie n°8 : Petit bassin.

85- Muram D, Mc Alister M S, Winer-Muram H T, Smith W C.

Asymptomatic rupture of rudimentary uterine horn.
Obstet Gynecol 1987; 69: 486.

86- N'gassa P C, Shasha W, Kouam L, Doh A S, Kamdom Moyo J.

Les ruptures utérines au CHU de Yaoundé, Cameroun ; une étude rétrospective sur 10 ans.
3^{ème} congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique, décembre 1994.

87- Nicoloso E.

Les ruptures utérines en Afrique.
Thèse médecine, Bordeaux 1984 ; n°287.

88- O'connor R A, Gaughan B.

Pregnancy following simple repair of the ruptured gravid uterus.
Br Fr of obstet and gynecol 1989 ; 96 : 942 - 944.

89- Ola E R, Olamijulo J A.

Rupture of the uterus at the lags university teaching hospital, Lagos, Nigeria.
West African jr Of med 1998 ; 17, 3 : 188 - 193.

90- Olivier S, Guidicelli B, Gamerre M.

L'accouchement à domicile.
Rev Fr gynecol obstet 1994 ; 89, 10 : 471 - 475.

91- Pangui E, Priou G, Aussel D, Grall J Y.

Naissance à terme d'un jumeau après rupture d'une corne utérine à 15 semaines d'aménorrhée.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1993 ; 22 : 411 - 416.

92- Pehoua P A.

Ruptures utérines au cours du travail à propos de 171 cas au C.H.U de Cocody (République de Côte d'Ivoire)
Thèse médecine, 24 juin 1980.

93- Phelan J P.

Uterine rupture.
Clin Obstet Gynecol 1990 ; 33, 3 : 432 - 437.

94- Phuapradit W, Herabutya Y, Saropala N.

Uterine rupture and labor induction with prostaglandins.
J of the Medical Association of Thailand 1993 ; 76, 5 : 292 - 295.

95- Picaud A, Nlome - Nze A R, Ogowet N, Mouely G.

Les ruptures utérines. A propos de 31 cas observés au Centre Hospitalier de Libreville (Gabon)

Rev Fr gynecol obstet 1989 ; 84, 5 : 411- 416.

96-Picaud A, Nlome-Nze A R, Ogowet N, Engongah T, Ellaekogha R.

L'accouchement des utérus cicatriciels. A propos de 606 cas pour 62 193 accouchements.

Rev Fr gynecol Obstet 1990 juin ; 85, 6 : 387 - 392.

97- Rachagan S P, Raman S, Balasundrum G, Balakrishnan S.

Rupture of the pregnant uterus : a 21 years review.

Aust NZJ Obstet Gynecol 1991; 31, 1: 37 - 40.

98- Rachdi R, Mouelhi C, Fekih M A, Massoudi L, Brahim H.

Les ruptures utérines : à propos de 32 cas.

Rev Fr Gynecol obstet 1994 ; 89, 2 : 77 - 80.

99- Rekik S, Halouani L, Rekik R, Amous A, Ghorbel A.

Les ruptures utérines à la maternité de Sfax : à propos de 72 cas de 1980 à 1984.

Tunisie médicale 1987 ; 65, 4 : 243 - 246.

100- Ribault L.

L'activité obstétricale d'un centre hospitalier régional au nord de la Côte d'Ivoire.

Rev Fr Gynecol obstet 1989 ; 84, 5 : 377 - 379.

101- Robert D E, Parker R T, Gall S A.

Rupture of the pregnant uterus : a 53 years review.

Obstet gynecol 1986 ; 68, 5 : 671.

102- Saglamtas M, Vicdan K, Yalcin H, Yilmaz Z, Yesiyurt H.

Rupture of the uterus.

Int Jr Gynecol and obstet 1995 ; 49, 1 : 9 -15.

103- Schlosberg-Zuiderma.

Anatomie fonctionnelle (Atlas).

104- Seguy B, Chavine J, Michelin B.

Nouveau manuel d'obstétrique ,Tome III, 2^{ième} édition.

105- Sfar E, Zine S, Chaar N, Ben Ammar K, Houat S, Zouari F, Zitouna M, Chelil H.

Analyse des facteurs de risque du placenta accreta : à propos de 8 observations.
Rev Fr Gynécol Obstét 1994 ; 89, 4 : 202 - 206.

106- Sidibé M.

Les ruptures utérines : expérience d'une structure de deuxième référence (le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital régional de Sikasso)
Thèse médecine, Bamako 2000 n°100.

107- Tete K S, Ajanhoto E D, Flagnon K, Akpadza K, Baeta S.

Les ruptures utérines au CHU de Tokoin, Lomé : à propos de 56 cas colligés de janvier 1987 à décembre 1994.
Rev Fr gynecol obstet 1996 ; 91, 12 : 606 - 610.

108- Thiero M.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'Hopital GABRIEL TOURE : à propos de 160 cas.

Thèse médecine, Bamako 1995, n° 17.

109- Thorkild F N, Ulf L, Hagberg H.

Rupture and dehiscence of cesarean section scar during pregnancy and delivery.
Am Jr Obstet gynecol 1989; 160: 569 - 573.

110- Togola M.

Contribution à l'amélioration de la gestion de l'accueil à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes au Mali.

C.E.S. de Santé Publique. Dakar juillet 2004.

111- Traoré F A.

Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de l'Hopital GABRIEL TOURE.

Thèse médecine Bamako, 1989, n° 46.

112- Traoré M, Diabaté F S, Dolo A.

La ligature des trompes : indication au cours de la césarienne : à propos de 91 cas colligés en 3 ans dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital national du Point « G » à Bamako, Mali.

3^{ième} congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d'obstétrique (SAGO), décembre 1994.

113- Traoré Y.

Les ruptures utérines à l'hôpital national du Point « G » ; facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques (à propos de 180 cas)

Thèse médecine, Bamako 1996 n°27.

114- Unicef.

Le progrès des nations : les nations du monde classées selon les progrès accomplis pour la santé, la nutrition et l'éducation de leurs enfants, ainsi que dans les domaines de la planification familiale et de la promotion de la femme ; année 1995.

115- Van Enk A, Van Zwam W.

Uterine rupture : A seat belt hazard.

Acta obstet gynecol Scandinavica 1994 ; 73, 4 : 359 - 360.

116- Vavdin F, Munyemana S, Sebazungu P, Clerget-Gurraud J M.

Les ruptures utérines au Rwanda : à propos de 87 cas.

Med Trop 1983 ; 43, 1.

117- Vedat A, Hassan B, Ismaïl A.

Rupture of uterus in labor : a review of 150 cases.

Israël J of medical sciences 1993; 29, 10: 639 - 643.

118- Vendittelli F, Boudinet F, Tabaste J L.

Devenir obstétrical des utérus cicatriciels.

Rev Fr gynecol obstet 1992 ; 87, 4 : 191.

119- Virkud A M, Rajwade A, Malini D, Nargis M.

Rupture of rudimentary horn pregnancy. (A case report).

J Postgraduate medicine (Bombay) 1988 ; 34, 1 : 57 - 59.

120- Vivien D Tsu.

Maternal Height and Age : Risk Factors for Cephalopelvic Disproportion in Zimbabwe

Int J Epidemiology 1992; 21 : 941 - 947.

121- Waligora J, Perlemuter L.

Abdomen et petit bassin.

Enseignement des centres hospitalo-universitaires.

122- Wehbe A, Lechaut J P, Ioan A.

Rupture of a scarred gravid uterus at 28 weeks of amenorrhea.

Conservative surgical management and results.

Rev Fr Gynecol Obstet 1994; 89, 3 : 137 - 141.

123- Yaron Y, Shenhav M, Jaffa A J, Lessing J B, Peyser M R.

Uterine rupture at 33 weeks gestation subsequent to hysteroscopic uterine perforation.

Am Jr Obstet gynecol 1994; 170, 3: 786 -787.

124- Zaidi J, Carr J.

Rupture of pregnant rudimentary uterine horn foetal salvage.

Acta obstetrician Gynecologica Scandinavica 1994 ; 73, 4 : 359 - 360

125- Zhiri M A, Aderdour M, Zaher N.

Etude comparative de 2 séries de ruptures utérines colligées au CHU Averroes de Casablanca de 1979 à 1981 et de 1984 à 1986.

Jr Gynecol obstet biol reprod 1989 ; 18 : 206 - 212.

126- Zine S, Abed A, Sfar E, Mouelhi T, Chelli H.

Les ruptures utérines au cours du travail : à propos de 106 cas observés au centre de maternité de Tunis (Tunisie)

Rev Fr Gynecol obstet 1995 ; 90, 3 : 166 - 173.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE : (Rupture utérine)

N° d'ordre :

Année (Date d'entrée)

I- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

1. Age : _____
2. Gestité : _____
3. Parité : _____
4. Intervalle intergénénesique : _____
- 5 Profession : _____
6. Statut matrimonial : _____
Célibataire : _____
Mariée : _____
7. Nombre de coépouse : _____
8. Profession du Conjoint : _____
9. Taille : _____
10. Niveau d'instruction :
Oui : _____ Non : _____
Primaire : _____
Secondaire : _____

II- MODE DE REFERENCE :

1. Venue d'elle-même : _____
2. Evacuée : _____
3. Provenance :
Ville de Kayes : _____
En dehors de la Ville de Kayes : _____
Préciser la localité : _____
4. Distance parcourue (en kilomètre) : _____
5. Moyen de Transport : _____

II- ANTECEDENTS :

1. Césarienne : Non : _____ - Nombre : _____
Oui : _____ Préciser : - Année : _____
- Opérateurs : _____
- Indications : _____
- Suites : _____
2. Myomectomie : Non : _____ Oui : _____ Préciser : - Année : _____
- Suites : _____
3. Salpingectomie : Non : _____ Oui : _____ Préciser : - Année : _____
- Suites : _____
4. Plastie utérine (malformation) : Non : _____ Oui : _____ Préciser : - Année : _____
- Suites : _____
5. Autre antécédent chirurgical : Oui : _____ Préciser : _____
Non : _____
6. Anémie : Oui _____ Non : _____
7. Autre antécédent médical : Oui : _____ Préciser : _____
Non : _____
8. Contraception : Oui _____ Non : _____

IV- GROSSESSE ACTUELLE :

1. Consultation prénatale : Non : _____
Oui : _____
2. Nombre de Consultation prénatale : _____
3. Qualification de l'agent responsable de la consultation :
 - Sage - Femme : _____
 - Médecin généraliste : _____
 - Obstétricien : _____
 - Matrone : _____
 - Autres : _____
4. Pathologie de la grossesse : Non : _____
Oui : _____ Préciser : _____
5. Age présumé de la grossesse (en Semaine) : _____

V- CIRCONSTANCES DE SURVENUE :

1. Rupture utérine spontanée : _____
2. Rupture utérine sur utérus cicatriciel : _____
3. Manœuvre utérine obstétricale :
 - Oui : _____ Préciser : _____
 - Non : _____
4. Ocytocique : Oui : _____ Non : _____
Préciser (Voie d'administration) : _____

VI- LIEU DE LA RUPTURE :

- A domicile : _____
- Dans une formation sanitaire extérieure : _____
- Dans le Service : _____

VII- CIRCONSTANCE DE DIAGNOSTIC :

1. Tableau franc de rupture utérine : _____
2. Rupture utérine découverte au cours d'une révision utérine : _____
3. Rupture découverte au cours d'une laparotomie : _____

VIII- ETUDE CLINIQUE :

1. Etat Général : Bon : _____
Passable : _____
Mauvais : _____
2. Tension artérielle : _____
3. Pouls : _____
4. Température : _____
5. Conjonctives : Pâles : _____ Colorées : _____
6. Hauteur utérine (en centimètre) : _____
7. Fœtus sous la peau : Oui : _____ Non : _____
8. Bruits du Cœur fœtal : Présents : _____ Absent : _____
9. Métrorragie : Oui : _____ Non : _____
10. Hématurie : Oui : _____ Non : _____
11. Etat de choc : Oui : _____ Non : _____
12. Membranes : Oui : _____ Non : _____
Intactes : _____
Rompues : _____ Délai de rupture (en heure) : _____

13. Présentation : _____
 14. Bassin : _____
 15. Durée du travail (en heure) : _____

IX. ANATOMIE PATHOLOGIE :**1. Rupture Utérine Segmentaire :**

- Antérieure : _____ - Transversale : _____
- Postérieure : _____ - Longitudinale : _____
- Latérale droit : _____ - Oblique : _____
- Latérale Gauche : _____

Complète : _____ Sous-Sérieuse : _____

2. Rupture utérine segmento - corporéale :

- Antérieure : _____ - Transversale : _____
- Postérieure : _____ - Longitudinale : _____
- Latérale droit : _____ - Oblique : _____
- Latérale Gauche : _____

3. Rupture Utérine Corporéale :

- Antérieure : _____ - Transversale : _____
- Postérieure : _____ - Longitudinale : _____
- Latéral droit : _____ - Oblique : _____
- Latéral Gauche : _____

Complète : _____ Sous-Sérieuse : _____

4. Rupture d'une Corne : _____**5. Lésions associées :**

- Vessie : _____ Vagin : _____ Col : _____
- Pédicules utérins : _____ Rectum : _____

6. Aspect des bords :

- Réguliers : _____
- Irréguliers : _____
- Hémorragiques : Oui : _____ Non : _____

7. Longueur de la rupture (en centimètre) : _____

8. Perte sanguine (en millilitre) : _____

X. TRAITEMENT :**1. Type d'intervention :**

- Hystérectomie total : _____
- Hystérectomie sub-totale : _____
- Hystérorraphie : _____

2. Délai d'intervention (en heure) : _____

3. Qualification de l'opérateur : _____

- Gynécologue - obstétricien : _____
- Chirurgien : _____
- Médecin généraliste : _____
- Interne : _____

4. Réanimation :

- Réanimation : Oui _____ Non _____
- Macromolécule : _____ Préciser la quantité (flacon) _____
- Oxygénation : _____
- Transfusion : _____ Préciser la quantité (sachet) : _____

5. Antibiothérapie :

Bien suivie : _____ Mal suivie : _____

XI. PRONOSTIC :

1. Maternel :

Décès : _____

Vivante : _____

Morbilité : _____ Préciser : _____

Durée d'Hospitalisation (en jour) : _____

2. Fœtal :

- Mort - né : _____

- Vivant : _____

- Souffrance fœtale aigue : (Score d'APGAR)

Oui : _____

Non : _____

- Poids (en gramme) : _____

- Taille (en centimètre) : _____

- Sexe : Masculin : _____

Féminin : _____

- Malformation :

Non : _____

Oui : _____

Préciser : _____

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

1.	a.	: artère
2.	Cm	: Centimètre
3.	D	: Distance
4.	Ext.	: Externe
5.	FMPOS	: Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
6.	g	: gramme
7.	Int.	: Interne
8.	IVD	: intraveineuse directe
9.	j	: jour
10.	Km	: Kilomètre
11.	km ²	: kilomètre carré
12.	l	: litre
13.	lig.	: ligament
14.	m.	: muscle
15.	ml	: millilitre
16.	mm	: millimètre
17.	moy.	: moyenne
18.	NB	: Nota béné
19.	p	: Poids
20.	SAGO	: Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique
19.	T	: taille
20.	%	: Pourcentage
21.	<	: inférieur
22.	≤	: inférieur ou égal
23.	>	: supérieur
24.	≥	: supérieur ou égal

FICHE DE SIGNALISATION

NOM : DIABATE
PRENOM : ABDOUL KARIM

TITRE DE LA THESE :
LES RUPTURES UTERINES À L'HOPITAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES : Facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques. (A propos de 22 cas).

ANNEE : 2005-2006

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

SECTEUR D'INTERET : GYNECO-OBSTETRIQUE

RESUME :

Complication obstétricale grave et évitable, la rupture utérine est loin d'être rare dans notre milieu. Cette pathologie fortement foeticide compromet gravement le pronostic maternel.

Son traitement est très souvent lourd de conséquence en matière de fécondité.

Nous nous sommes penché sur certains aspects de ce drame qu'est la rupture utérine au cours de l'accouchement dans notre service dont la vocation et le profil est de prendre en charge les grossesses et les accouchements à haut risque.

Ce profil explique bien la fréquence élevée (0.5%) de cette affection. La grande multiparité, le manque ou l'insuffisance de surveillance de la grossesse et de l'accouchement constituent les facteurs de risque les plus importants.

La prophylaxie constitue l'élément essentiel de la thérapeutique.

Mots clés : Rupture utérine, mortalité materno-fœtale, prophylaxie.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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