

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Année académique : 2007-2008

N°..... /

Thèse

**RUPTURE UTERINE A L'HOPITAL
SOMINE DOLO DE MOPTI DE
JANVIER 2006 - DECEMBRE 2007
(à propos de 56 cas)**

**Présentée et soutenue publiquement le/...../2008
devant faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-stomatologie**

Par Mr Fousseini KONARE

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

Jury

Président : Pr. SY Assitan SOW

Membre : Dr. Boubacar TRAORE

Co-directeur Dr. Famakan KANE

Directeur de thèse : Pr. Salif DIAKITE

Je remercie

DIEU le tout puissant le Miséricordieux pour m'avoir donné le courage et la santé d'accomplir ce travail.

Son Prophète MOHAMED (Paix et salut sur lui) pour m'avoir donné la chance de mener à terme ce travail

Tous mes parents et grands parents : feu Mougou KONARE, feu Kandioura DABO, feu Astan Moussokoro TRAORE, feu Fatoumata SIDIBE, Salama DIAKITE,

Mes oncles et tantes : feu Yanyan KONARE, Ismaël KONARE, KONATE, CISSE, NIAKATE, Assan TRAORE, Djeneba KONARE, Fanta KONARE, Houleymatou KONARE, Mantini SYLLA

Mes frères et sœurs : Lamine, Cheickna, Ba, Mamadou Lamine, Adama, Allassane, Sambou KONARE, Moctar Sidibé, Oumar DIALLO, Yayi, Haye, Astan dite Moussokoro, Kama, Mariam, feu Fatoumata dite N'Ba, Kadiatou, Yayi KONARE, Fatoumata DICKO dite chine

Mes cousins et cousines :

De peur de ne pas en omettre, je me suis sciemment gardé de ne citer aucun nom ;

J'espère que ce travail, qui est d'ailleurs le vôtre, servira d'exemple.

Que le bon Dieu nous laisse toujours unis par les liens fraternels qui de tout temps existent entre nous.

Mes beaux frères et belles sœurs :

Dialla DIALLO, Souleymane NIANGALY, Moussa SIDIBE, Gaoussou Coulibaly, Yah TRAORE, Djenebou DJIRE

Vos soutiens moraux et matériels ne m'ont jamais fait défaut. Que vous en soyez remerciés.

Vous pouvez considérer ce travail comme le vôtre.

Sachez que, je resterai à votre service n'importe où que mon concours sera sollicité.

Mes amis et camarades : Dr GUINDO Yacouba, Dr TRAORE Mohamed, Dr TRAORE Bekaye, Dr DICKO Sory Ibrahim, Dr DICKO Boubacar, Dr TRAORE Oumar Sali, Dr KONE Mamadou, Alpha Oumar HAIDARA, Abdoulaye TOURE, Dida Oumar DIARRA, Bocar KAYA, Gasiré KONATE, Bakary COULIBALY, Hamidou, Sidi Mohamed, Kalifa, Moustapha DIABATE, Kisito, Moussa, Kadidia DIALLO, Dada

Tous les étudiants de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto stomatologie

Singulièrement à mes camarades de promotion :

Vous m'excusez pour ces quelques lignes seulement en témoignage de mes sincères remerciements. Les mots me manquent pour faire mieux.

Je profite de cette occasion pour souhaiter à vous tous bon succès courage.

L'ensemble des professeurs de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Recevez là ma profonde gratitude.

Mes maîtres et encadreur de l'hôpital Sominé DOLO :

Dr DIALLO Boubacar, Dr TRAORE Bréhima, Dr TOURE Ousmane, Dr KEITA Mahamadou

En bon maître que vous avez été, soyez sûrs que vos pas seront suivis.

Nous vous exprimons notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

Mes collègues et mes cadets de l'hôpital Sominé DOLO :

Chebou KANE, Sekou Ahmed CISSE, Oumar CISSE, Kounindiou DOLO, Souleymane CISSOUMA, Barema BOCOUM, Mamadou Kiffery KEITA, Amadou BAH, Clément BERTHE, Youssouf HAIDARA, Mountaga TALL, Aissata SOUGOULE, Kankou SOW, Modibo KEITA, KARAMBE, Ramata MAIGA

Votre sens d'humanisme, votre courtoisie me marqueront à jamais.

Soyez rassurés de ma profonde reconnaissance.

Aux sages femmes, infirmiers, personnel de la maternité :

Votre très franche collaboration ne sera jamais oubliée. Elle a été des plus utiles dans l'élaboration de ce travail. Je vous demanderai ici en réponse d'accepter mes sentiments les plus distingués.

Tout le personnel de l'hôpital Somine DOLO :

Votre accueil, votre courtoisie dans le travail nous marqueront à jamais, soyez en remerciés

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et présidente du jury
Professeur Sy Assitan Sow
Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique à la
Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie (FMPOS).
Chef de service de Gynécologie obstétrique au Centre
de Santé de Référence de la commune II.
Présidente de l'association malienne de Gynécologie
obstétrique (SOMAGO).

Honorable Maître,
Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.
Votre simplicité, votre dynamisme, l'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli.
Respectée et respectable, votre exemple restera une tache d'huile.
Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et directeur de thèse,
Professeur DIAKITE Salif
Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique à la
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-
stomatologie de Bamako.**

Cher Maître,

C'est un grand honneur et réel plaisir pour nous de vous compter parmi nos maîtres.

C'est avec abnégation que vous avez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations .Nous avons admiré votre sens élevé de la transmission du savoir et surtout votre détermination pour la formation des étudiants .Votre dynamisme, votre amour pour le prochain, votre abord facile et votre disponibilité ont forgé en nous l'estime, l'admiration.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profond respect.

A notre Maître et co- directeur de thèse :
Docteur KANE Famakan
-Gynécologue obstétricien
-Chef de service de gynécologie obstétrique de
l'hôpital Sominé DOLO de Mopti

Cher maître,

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

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

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

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

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

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

A notre Maître et membre de jury :
Docteur TRAORE Boubacar
-Gynécologue obstétricien
-Médecin chef du centre de Santé de Référence de la
commune VI.

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Véritable bibliothèque vivante, vous n'avez cessé de nous fasciner par la grandeur de votre simplicité, l'ampleur de votre expérience et votre rigueur scientifique. Nous vous prions, cher maître, d'accepter nos sincères remerciements.

ABBREVIATIONS

BGR : bassin généralement rétréci
Cscom : centre de santé communautaire
Csref : centre de santé de référence
CU : contraction utérine
GR : groupage rhésus
Gr : gramme
HU : hauteur utérine
HSD : hôpital Sominé DOLO
HTA : hypertension artérielle
IG : intervalle intergénéral
I.E.C : information éducation communication
Km : kilomètre
Km² : kilomètre carré
L : litre
NFS : numération formule sanguine
mmHg : millimètre de mercure
ml : millilitre
mn : minute
ONG : organisations non gouvernementales
J : jour
UI : unité internationale
°C : degré celcius
% : pourcentage
< : Inférieur
> : Supérieur
≤ : Inférieur ou égal
≥ : Supérieur ou égal

SOMMAIRE

	PAGES
I- INTRODUCTION	1
II-OBJECTIFS.....	3
III- GENERALITES.....	4
A- Définition.....	
B- Anatomie d'un utérus gravide.....	
C- Physiologie de l'utérus gravide.....	
D- Anatomie pathologie des ruptures utérines.....	
E- Rappel physiologique.....	
F- Etiologies.....	
G- Diagnostic des ruptures utérines.....	
H- Traitement.....	
I- Pronostic.....	
J- Attitudes prophylactiques.....	
IV METHOLOGIE.....	49
V RESULTATS.....	54
VI COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	74
VII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	92
VIII REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	95
IX ANNEXES.....	104

I – INTRODUCTION

Dans de nombreux pays en voie de développement, en Afrique en particulier, un très grand nombre de femmes accouchent dans des conditions extrêmement précaires, à des dizaines ou des centaines de kilomètres de toute structure médicalisée et avec pour toute assistance celle des accoucheuses traditionnelles. Celles qui arrivent dans les Cscom ne bénéficient en général que l'assistance d'une matrone, qui ignore en général tout de l'anatomie pelvienne, de l'obstétrique et des dystocies.

A ceci s'ajoute l'absence de moyen de transport vers les centres susceptibles d'assurer un secours obstétrical .La charrette à âne à travers la brousse et la pirogue constituant en règle les seuls ou les premiers relais d'un voyage qui peut durer plusieurs jours.

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

Le travail laborieux va se prolonger pendant des jours avec pour conséquence la rupture utérine.

La rupture utérine demeure une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelles dans les pays du tiers monde, particulièrement au Mali. Elle occupe avec l'hémorragie qu'elle entraîne, 30% des principales causes de décès dans les pays en voie de développement [20].

Une étude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako montre que la rupture utérine occupe la deuxième place avec une fréquence relative de 20% des décès. [17]. A l'hôpital Gabriel Touré, elle occupe la quatrième place avec une fréquence de 8,62% des cas [70]

La rupture utérine constitue l'un des principaux motifs d'urgences gynéco obstétricales [70] au service de gynéco obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré.

Aujourd'hui, la rupture utérine est exceptionnelle dans les pays développés : en France une rupture utérine pour 1299 accouchements [48], aux USA une rupture utérine pour 16849 accouchements [49], à Singapour une rupture utérine pour 6331 accouchements [75], preuve que cette pathologie n'est pas une fatalité dans nos pays.

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

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

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

Pour mieux cerner ce problème dans la région de Mopti nous avons initié ce travail à l'hôpital régional qui est le niveau de référence le plus élevé en matière obstétricale dans la région

II – OBJECTIF

Objectif général :

Etudier les ruptures utérines à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des ruptures utérines ;
- Préciser les caractéristiques socioéconomiques des patientes ;
- Analyser les aspects cliniques des ruptures utérines ;
- Analyser la prise en charge ;
- Evaluer le pronostic materno fœtal ;
- Proposer quelques lignes directives.

III – GENERALITE

A- DEFINITION :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale de la paroi utérine survenant soit au niveau du corps soit au niveau du segment inférieur ou des deux à la fois pendant la grossesse ou au cours du travail.

B- ANATOMIE D'UN 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

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

1.1.2- Dimensions :

	Largueur	Hauteur
-Utérus non gravide	6-8 cm	4-5 cm
-à la fin 3 ^{eme} mois	13 cm	10 cm
-à la fin du 6 ^{eme} mois	24 cm	16 cm
-à terme	32 cm	22 cm

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

1.1.4-Capacité : non gravide, la capacité de l'utérus est de 2-3ml.A terme elle est de 4-5l.

1.1.5-Poids : l'utérus non gravide pèse environ 50gr. A terme son poids varie de 900 à 1200gr.

1.1.6-Epaisseur des parois : elle varie :

Au début de la grossesse elles s'hypertrophient, puis s'amincit progressivement en proportion de la distension de l'organe.

A terme, l'épaisseur des parois est :

8-10cm au niveau du fond,

5-7cm au niveau du corps.

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

1.1.7-Consistance :

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

Situation :

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

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

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

1.1.8- 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.

1.1.9-Rapports :

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 les parturientes en dehors d'opération ayant porté sur la cavité abdominale. Elle rentre en rapport dans ses parties inférieures 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, refoulent l'estomac en arrière et peut rentrer en rapport avec les fosses cotes.

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 cæcum et le colon ascendant,

Le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et en arrière au colon ascendant.

1.1.10- Structure

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 ses deux régions est appelée ligne de solide attache du péritoine.

.La musculuse : est constitué de trois couches de fibres lisses qui ne peuvent être mise 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 plexi forme, en renfermant de nombreux faisceaux, se situe entre les faisceaux circulaires.

.La muqueuse : dès l'implantation elle se transforme en caduque.

2 – Le segment inférieur :

C'est la partie basse, amincie de l'utérus gravide, située entre le corps et le col. Il acquiert son plein développement dans les trois derniers mois .Il est crée 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 sa 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.

Caractères : sa minceur est le caractère essentiel.De2-4cm d'épaisseur, le segment inférieur coiffe intimement la présentation. C'est le cas de la présentation du sommet.

2.3-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 corporeale.

2.4-Origine Formation : le segment inférieur se développe au dépens de l'isthme utérin qui est une zone ramolli. 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, plutôt 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.

2.5-Structure : le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques. Il s'identifie véritablement par sa texture amincie. Aussi une césarienne segmento corporeale montre t-elle l'évidence des variations d'épaisseurs.

Histologiquement, le segment inférieur n'a pas de couche plexi forme 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.

2.6-Physiopathologie : l'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue clinique, physiologique et pathologique.

L'étude 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'amaigrissant 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.

2.7-Rapports du segment inférieur

.en bas : la limite inférieure correspond à l'orifice interne du col ;

.en haut : extérieurement le segment inférieur est limité par la zone de transition entre le péritoine adhérent et le péritoine clivable ;

.face antérieure : elle est recouverte par le péritoine viscéral, solide, peu adhérent et facilement décollable. Ceci permet de bien protéger la cicatrice utérine après une césarienne segmentaire.

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

Séparée du segment inférieur par du tissu conjonctif lâche, la vessie peut être facilement décollée être foulée 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 viscérales au cours de la rupture utérine.

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

Faces latérales : elles sont en rapport avec les bases du ligament large, dont les feuillets, antérieur et postérieur s'écartent fortement.

Dans ce paramètre se trouvent les repères chirurgicaux importants : l'artère utérine et l'uretère pelvien.

Le 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 change pratiquement pas.

3.2-Situation et direction : elle ne change 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 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 rétractiles.

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 peut être lui aussi perméable au doigt dans le dernier mois.

Il peut être franchement dilaté mais le col conserve sa longueur et ne s'efface pas avant le travail.

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

b- Vascularisation de l'utérus gravide :

1. Les artères

Les branches de l'artère utérine, augmentent de longueur. 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 les césariennes corporeale.

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

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

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

Cette disposition permet la dilatation du col.

2. Les veines

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

Après la délivrance, les branches corporeale 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,
- .et sous séreuse.

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 : sympathique ou nerfs splanchniques
- .et des racines sacrées de nature parasympathique.

C- PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS GRAVIDIQUE

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 cliniques.

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

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

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

L'activité utérine a un double but :

- .la dilation du col,
- .l'accommodation foeto-pelvienne.

1- La dilatation du col :

C'est le temps le plus long de l'accouchement, il comprend plusieurs étapes :

.Phase préliminaire ou phase de formation du segment inférieur :

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

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

.Phase concomitante :

Se caractérise par :

- .le décollement du pôle inférieur de l'œuf,
- .la formation de la poche des eaux.

.Phase de réalisation

C'est celle de la dilatation proprement dite.

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

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

2- L'accommodation :

Qui comprend :

-l'engagement : c'est le franchissement par la présentation de l'aire du détroit supérieur ;

-la rotation et la descente intra- pelvienne ;

-le dégagement : les contractions des muscles abdominaux et le réflexe de poussée sont indispensables pour que l'expulsion de l'œuf est lieu. Ils sont associés aux contractions utérines. Les contractions utérines sont essentielles et indispensables pour la bonne marche des phénomènes préparatoires de l'accouchement et à l'accouchement lui-même. Elle constitue la force motrice de l'utérus gravide et assurent l'hémostase après délivrance.

3- Mécanisme des ruptures

3 – 1 – Analyse des contractions utérines :

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 foetal dans la filière pelvi-génital. On distingue plusieurs anomalies :

.hypercinésie de fréquence :

En cas d'obstacle praevia, les contractions utérines entraînent rapidement une rétraction utérine avec comme conséquence la rupture utérine.

Il faut craindre une inertie utérine après cette « tempête » de contraction.

.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.

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 a elle-même.

C'est la rétraction de tout le muscle utérin.

Le grand danger est la rupture utérine.

.Inertie utérine :

Sa manifestation par des contractions très espacées. Les douleurs d'abord forte 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 qui déterminant de la rupture utérine n'est autres 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 contracte, se tétanise ; à ce moment il est prêt à la rupture .Il finit par se rompre si l'obstacle n'est pas lève.

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

3 – 2-Théories :

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

.La théorie de BANDL

Cette théorie explique surtout les ruptures utérines par dystocies osseuses.

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

L'utérus chasse le fœtus 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 mole sur le fœtus dont il épouse la forme. Le segment inférieur s'amincit d'avantage et fini 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 aboutie à une mort foetal in utero, puis a la rupture utérine proprement dite.

.La théorie de l'usure perforante :

Ici, la rupture s'expliquerait par une compression prolongée et de plus en plus accrue de la paroi utérine sur un relief du détroit supérieur. Le muscle utérin est toujours pris dans un étau dont l'un des bords est constitué par le pole fœtal et l'autre par la paroi pelvienne.

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

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

Mme LACHAPELLE avait émis une idée que le segment inférieur, tirillé était comme éliminé puis comprimé par le bassin et la présentation. Il subissait alors une sorte d'issue perforante si bien que fissuré, il finissait par le 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 crêtes ou a 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 leur effet. 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 dans la filière maternelle, déclenche, une lutte de l'utérus contre l'obstacle et 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 à un rôle très déterminant.

3 -3-Cas particuliers

.Des ruptures corporelle :

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

C'est la distension de ce point faible, zone amincie et 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 sont de plus en plus rapprochées.

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

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

-des ruptures cervico segmento corporelles.

D – ANATOMIE PATHOLOGIE DES RUPTURES UTERINES :

L'étude anatomopathologique 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

1- Siège : deux grand groupes

°Les ruptures utérines segmentaires ;

°les ruptures utérines corporelles

1- 1- Ruptures utérines segmentaires :

Elles sont de loin les plus fréquentes

Complète ou non, traumatique ou spontanées, iatrogènes ou non, elles peuvent 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 anatomopathologique 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 [13], avaient observé dans deux cas une régénération musculaire complète avec « restitution ad integrum » [58] met l'accent sur le soin qu'il faut attacher à éviter de saisir la muqueuse lors des sutures musculaires

L'examen histologique de 12 cicatrices fait retrouver dans tous les cas la présence d'éléments endométriaux au sein du tissu musculaire. Ces éléments constituent une cause d'îlot d'endométrieses qui compromettent la solidité la cicatrice [13]

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

1-2- Ruptures utérines corporéales:

Sont les plus rares le plus souvent complète, les ruptures utérines intéressent les trois tuniques : péritonéale, musculaire, séreuse

Elles sont très souvent le fait d'une cicatrice antérieure : l'hystérotomie, curetage trop appuyés après avortement, myomectomie

Elles peuvent être fundiques ou antérieures

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

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

2- La direction :

Elle peut être :

-Longitudinale sur le fond et les bords : c'est le cas fréquemment rencontré dans les ruptures corporéales ;

-Oblique ;

-Transversale : cas fréquent des ruptures utérines segmentaires ;

-En « T » ou en « L »

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

3- L'étendue :

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,

Infarctus,

-ischémie

Les lésions infectieuses ne sont pas rares

4- la profondeur : on distingue :

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

Elles peuvent être linéaire ou stellaire 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 ou 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.

4-1- 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 respectent l'endomètre ; celles-ci sont rares. Elles s'expliquent par le fait, sans pathologie préalable, les ruptures sur utérus apparemment normal se propagent toujours de la séreuse vers la muqueuse. Des ruptures de ce type ont été observées sur des utérus infarcis au cours d'intervention pour décollement prématuré du placenta normalement inséré [58]

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

- .Le décollement plus ou moins étendu du péritoine

- .L'hématome péri utérin et sous péritonéal.

C'est l'existence de cet hématome qui fait toute la gravité des ruptures utérines complètes, 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 pré-latéraux et rétro-utérins. C'est ainsi qu'il peut atteindre les éléments du plexus de LEE FRANCKENHAUSER, entraînant de ce fait des morts subites.

4-2- Ruptures utérines compliquées :

On parle de rupture utérine compliquée, quand, en plus de la lésion utérine s'ajoute une lésion d'organes voisins. Elles sont dues à la prolongation de la déchirure utérine. Les Complications sont variables.

Plusieurs organes peuvent être atteints

On peut aussi 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 dur très longtemps. Elles sont dues à 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, 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 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 continue d'urine se produit par le vagin .On reconnaîtra la fistule par l'inspection sous valve en s'aidant parfois d'une instillation intra vésicale d'un liquide colorées (bleu de méthylène dilué par exemple).

La cystoscopie permet de situer exactement le siège de la fistule par rapport aux orifices urétraux 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'urine sanglante 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 des 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 [58]

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.

5- L'aspect des bords lésionnels :

Ils sont variables. Les bords sont souvent effilochés, contuse.

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

Les lésions peuvent avoir es bords :

-frais : c'est le cas des désunion le plus souvent ou des ruptures assez récentes.

-nécrosées ou délabrés et friables.

E- RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE

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

1- Retentissement fœtal

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

.En pré partum :

La rupture utérine entrave très sérieusement les échanges materno fœtaux.

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

Expulsé dans la cavité abdominale le fœtus est le plus 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 discrète, relevées seulement pendant la période de délivrance, et surtout dans les désunions de cicatrice [46].

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

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

.En post-partum :

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

Plusieurs variantes sont possibles :

-le fœtus est vivant. Il n'a pas souffert

-le fœtus est déjà mort in utero. Cette variante est la conséquence d'une rétention par un travail prolongé,

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

2- Retentissement maternel : deux éléments le déterminent.

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

L'hémopéritoine a trois origines :

Les berges utérines lésées ;

La désinsertion du placenta ;

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

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'accompagne souvent de choc, indépendamment de la quantité de sang épanché : les ruptures sous péritonéaux sont donc aussi choquantes que les ruptures intra-péritonéales. Parfois, la rupture ne donne lieu qu'à un choc tardif. D'autres fois, 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 accouchement, la survenue d'un état de choc dont l'origine n'apparaît pas clairement doit conduire à la vérification soigneuse du segment inférieur [47]. D'autres facteurs peuvent intervenir pour aggraver l'état général déjà précaire de la parturiente. Ce sont :

- la fatigue par le travail pénible et trop long,
- un mauvais état général avec dénutrition et anémie,
- les conditions d'évacuation (pistes, et moyens d'évacuation déplorables).

Ont été comme facteurs d'aggravation du choc, l'embolie amniotique dans les veines utérines rompues et la coagulation intra vasculaire disséminée par passage dans le sang de thromboplastine au niveau de la caduque et du placenta.

Le choc rend difficile le traitement pas manque de réanimation adéquate et « assombrit » le pronostic maternel per et postopératoire.

L'infection : elle est citée par plusieurs auteurs.

Deux faits importants sont à retenir :

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

Le degré d'infection détermine, entre autres, le geste chirurgical.

L'infection et l'anémie forme un cercle vicieux, l'une étant aggravées par l'autre.

F- ETIOLOGIES

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

Plusieurs classifications sont possibles :

1- Ruptures pendant la grossesse :

Elles se divisent en deux grands groupes :

.Ruptures utérines provoquées,

.Ruptures utérines spontanées.

1-1- Ruptures utérines provoquées :

Elles sont très rare 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 traumatisme par :

Une arme blanche (coup de couteau),

Une arme à feu,

Corne de bovidé.

Il s'agit d'une contusion de l'abdomen, par écrasement par exemple, et les accidents de la voie publique [66]. En augmentant la fréquence. La blessure utérine est loin d'être toujours isolées [53].

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

Les lésions utérines, elles mêmes, selon l'âge de la grossesse, tantôt par hystérectomie, tantôt par suture sans ou avec évacuation préalable du contenu utérin [53].

1-2- Rupture utérine spontanée

Les ruptures utérines spontanées sont de véritables ruptures obstétricales.

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

Les cicatrices de césariennes

Elles peuvent être segmento corporeales, mais surtout corporeales. Les ruptures de cicatrice entraînent une déchirure de tout l'épaisseur de la paroi utérine, les deux berges de la cicatrice se séparant complètement [39].

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

Ainsi se rompent les cicatrices de césariennes corporeales antérieures.

. Les utérus cicatriciels après intervention chirurgicale non obstétricale.

- la myomectomie avec ou sans ouverture de la cavité : le risque de rupture lié à cette technique conservatrice est minime [66],
- la salpingéctomie avec excision de la portion interstitielle est citée comme responsable de rupture utérine au cours de la grossesse [44].
- L'hystéro plastie [42] et l'hystéro scopie [72] interviennent rarement dans la genèse de cette pathologie.

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

L'association rupture malformation utérine. [10],

2- Ruptures utérines pendant le travail

Elle se divise en ruptures spontanées et en ruptures provoquées.

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

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

2-1- Ruptures spontanées :

Les causes sont les unes maternelles les autres ovulaires.

2-1.1- causes maternelles

2-1.1.1. La multiparité

Les ruptures utérines se voient presque exclusivement chez la multipare [53].

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 des multipares. Ces modifications portent :

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

Un des facteurs prédisposant majeurs de la rupture utérine est la grande multiparité [67] ; celle-ci agit par altération de la paroi utérine qui devient ainsi fragilisée [66]

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

Dystocies osseuses : on les classe en

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

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

Bassin rétrécis symétriques

- * Non déplacés
- . BGR (bassin généralement rétréci)
- . Bassin plat
- . Bassin transversalement rétréci

* Non déplacés exceptionnels :

- . Bassin ostéomalacique

*déformés et déplacés :

- . Bassin cyphotique ou lordotique

bassins rétrécis Asymétriques

- * d'origine locomotive
- . Boiterie simple
- .luxation unilatérale de la
- . Paralysie infantile
- .coxalgie
- D'origine vertébrale
- . Scoliose
- * D'origine pelvienne
- .atrophie pelvienne
- . Fracture du bassin
- . Tumeur osseuse

Bassins dystociques après traitement orthopédique.

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

2-1.1.4. Tumeurs 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 reste praevia, élevé un obstacle infranchissable à l'accouchement par voies naturelle. Les complications seraient les mêmes que celles de tout obstacle praevia : inertie et infection ou rupture utérine [53].

.Fibrome utérin : l'association myome et grossesse s'observe en général chez les femmes ayant dépassé 30 ans, plus souvent chez les primipares. Au centre de Foch, exceptés les petits noyaux, sa fréquence est de 1,9 sur 55000accouchements [53].

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 pus pédiculés ou sous -sereux.

-Tumeurs malignes :

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

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

COHEN, cité par [13], collige 138 cas de cancer du col et grosse qui ont abouti dans 12 cas (8,95%) à une rupture utérine. le diagnostic reste de la haute gravité.

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

Cas particulier de l'association cerclage rupture utérine

PUDEUR et WAGNER, cité par [13] rapportent 1cas de rupture avec cerclage du col.

[33] au Mali signale 1 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.

2-1.2. Causes foeto-ovulaires

2.1.2.1. Causes foetales

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

Elles s'expliquent par :

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

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

Excès de volumes localisés de fœtus

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

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

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

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

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

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

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

Autres excès de volume : on peut citer

.les kystes congénitaux du cou,

.certaines malformations telles que la tumeur sacro coccygienne.
L'accouchement par voie basse est le plus souvent compatible dans ces cas
Excès de volume total du fœtus.

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

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

La disproportion foeto-pelvienne est une cause usuelle et classique de la rupture utérine [69].

Présentation dystocique

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

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

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

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

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

La présentation du siège : par rétention de la tête dernière ;

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

2.1.2.2. Causes ovulaires

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

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

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

Il peut s'agir de placenta accreta [26] ou percreta [71].

Les difficultés diagnostiques sont, ici, reconnues par tous.

La physiopathologie de cette association n'est pas claire. Il est cependant admis qu'il existe une perturbation de l'équilibre entre le trophoblaste et la caduque. Plusieurs facteurs, maternels utérins et placentaires, contribuent à préciser cette situation [71].

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

La destruction du myomètre serait la cause de cette rupture utérine [66].

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

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

2 .2 . Ruptures provoquées :

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

Elles sont dues à l'accoucheur.

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

Usage d'ocytocique et de prostaglandines :

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

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

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

Ainsi on peut adapter la posologie aux réponses de l'utérus et maintenir constamment l'action pharmacodynamique dans la limite de la physiologie. Les ocytociques administrés par perfusion intraveineuse ont, tout de même, leur actif des cas de ruptures utérines.

.Faits importants à retenir :

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

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

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

La perfusion d'ocytocique utilisée seule [2] ou en association avec la prostaglandine [58] est très souvent incriminée

La prostaglandine peut être utilisée application intra cervicale. Des cas de ruptures utérines lui sont imputables [27].

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

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

-Manœuvres obstétricales

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

.Les manœuvres obstétricales non instrumentales :

Version par manœuvre interne : elles peuvent être responsable de rupture utérine surtout dans ses deux derniers temps :

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

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

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

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

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

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

Les manœuvres obstétricales instrumentales :

Deux faits sont le plus souvent associés :

.la mauvaise indication et,

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

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

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

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

Les normes modernes d'application du forceps sont :

La présentation du sommet,

La tête fœtale qui est engagée,

Les membranes de l'œuf doivent être rompues,

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

La protection du peinée par épisiotomie,

Le sondage vésical.

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

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

Elles doivent être exécutées par un spécialiste.

2-3-Cause diverses

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

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

Des complications dramatiques liées à l'utilisation abusive de cocaïne durant la grossesse a été rapportée au USA [71].

Cette drogue a été considérée comme facteur de risque de la rupture utérine [25].

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

Les facteurs étiologiques usuels sont : la multiparité, la cicatrice utérine, la dystocie mécanique, l'usage d'ocytocique et les manœuvres obstétricales [19],

G- DIAGNOSTIC DES RUTURES UTERINES

1- 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 10^{ème} semaine d'aménorrhée [71].

Nous décrivons 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 présentions transversale avec épaule négligée. L'utérus ici est sain ;

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

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

.Les ruptures utérines précoces

Les tableaux cliniques sont assez variés :

.Ruptures utérines des utérus malformés ou cicatriciels :

La rupture pendant la grossesse, volontiers, survient sur un utérus malformé ou cicatriciel. La cicatrice est généralement corporelle.

Les ruptures utérines des utérus porteurs de cicatrices se caractérisent par une 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 fœtus 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 plupart des cas. Il y aura plutôt une hémorragie minime, la cicatrice désunie étant une zone peu vascularisée.

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

Il peut s'associer 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 de la rupture frustre doit faire insister sur la nécessité d'une révision utérine de prudence ou au moindre doute, et même d'une manière systématique après un accouchement le banal soit-il sur un utérus cicatriciel ou fragilisé.

.Rupture de la corne utérine rudimentaire

La survenue brutale, d'un état de choc inondation péritonéale peut faire évoquer le diagnostic de rupture d'une grossesse utérine [10]. On trouve la

notion d'aménorrhée gravidique associée de douleurs pelviennes de survenues avec malaise. Il n'y a généralement pas de métrorragie.

L'échographie mais surtout la coelioscopie faite en urgence élimine la grossesse extra-utérine.

La laparotomie exploratrice d'urgence relève la rupture de la corne rudimentaire gravidique [71].

Rupture ischémique ou cervico-ischémique après avortement tardif

.Rupture ischémique : 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 retroperitoneal 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 part ayant suivi une césarienne lors de sa première grossesse, puis accouché par voie basse lors de la deuxième naissance. Cette troisième grossesse la patiente a été hospitalisée pour métrorragie de la moyenne abondance à la fin du 1^{er} trimestre.

L'échographie montre la présence de deux compartiments liquidiens, dont le plus bas, cervico isthmique, contient un 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 anatomopathologique confirme la rupture cervico isthmique constatée en per opératoire [71]

L'auteur insiste sur la rareté de cette pathologie.

.Les ruptures utérines tardives

Rupture spontanée :

.Forme franche classique :

C'est la rupture utérine au cours de la présentation négligée de l'épaule ou les défauts d'engagement dans les bassins rétrécis. C'est la forme franche 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 la prévoir et de le prévenir.

On dénote trois temps :

Premier temps (prodrome)

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 tant 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 des contractions qui deviennent subintrantes. Il se « cabre » contre l'obstacle.

La manifestation de cette phase de lutte est la classique « tempête » de « douleur ». La parturiente souffre de façon continue, sans répit même dans l'intervalle des contractions.

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

Deuxième temps :

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

La palpation note souvent un maximum sus-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 qui donne

à l'ensemble de l'utérus une forme de sablier grossit du bas et diminue du haut.

Cette déformation en brioche signe l'imminence de la rupture utérine, parfois confirmé 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 la rupture de utérus

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

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

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

Mais rapidement apparaissent des tendances à la syncope, les 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 : à 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 répond à l'utérus.

En pratiquant le toucher vaginal, on voit que la femme perd un peu de sang noirâtre, d'aspect siriqueux. La présentation, sauf dans le 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 en ancienne perforation utérine, une rupture cervico-segmentaire ancienne est inconnue. En général la symptomatologie est discrète. Elle peut même ne se manifester qu'après l'accouchement.

Parfois c'est le tableau général et le progressif du choc, car ces désunions de blessures anciennes saignent peu. L'altération du faciès, l'accélération du tendances syncopales, le refroidissement des extrémités, l'accélération du pouls, la chute tensionnelle, la disparition des bruits du cœur foetal, 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 foetale 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 ne peut se révéler qu'après l'accouchement ; mais en général elle se manifeste avant la délivrance artificielle, sous des aspects peu explicités.

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 évoque l'éventualité.

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

La révision 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 ténésme et une hématurie.

Les lésions vésicales peuvent être une simple blessure ou au contraire, un éclatement des culs-de-sac latéraux du vagin.

Le rectum n'est jamais atteint.

Les ruptures utérines peuvent s'accompagner d'afibrinogénémié [71], avec incoagulabilité sanguine.

Rupture utérine et placenta accreta

La patiente présente un long passage de douleurs abdominal 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 faire la laparotomie.

Formes atypiques : il s'agit de formes

.occluse,

.pseudo appendiculaire,

.pseudo-pyélique.

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 les manœuvres instrumentales ou manuelles

Destinées à extraire le fœtus, donc pratiquées sous anesthésie ; celle-ci va masquer les deux premiers temps de la pré rupture et de la rupture, la femme endormie 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 lors 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 du 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 complète dans les déchirures à point départ cervical, par l'inspection sous valve.

L'angle supérieur de la brèche, en cas de déchirure segmentaire, dépasse l'insertion vaginale.

Après perfusion d'ocytocique

2- Diagnostic positif

Peut être souvent facile, parfois il est impossible à affirmer.

. Diagnostic facile

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

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

. Au contraire, le diagnostic devient problématique : en cas

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

3- Diagnostic différentiel

***le choc obstétrical** : la révision utérine fait le diagnostic.

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

***la grande multiparité** : chez la multipare, la paroi est parfois de muscularisée ; le fœtus paraît alors situé sous la peau.

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

*** le décollement prématuré du placenta normalement inséré**

Il peut présenter un tableau semblable à celui de la rupture utérine quand les signes généraux sont majorés : les signes de choc 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 [46].

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

***le placenta praevia :**

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

***Par ailleurs on pourra discuter :**

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

H- Traitement

Comprend deux volets

1- Prophylaxie

Le traitement prophylactique est essentiel.

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

Il faut :

Bien connaître la dystocie,

Savoir évaluer un bassin rétréci, reconnaître une tumeur 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-relaxants,

Evaluer les risques de la voie basse dans les utérus cicatriciels.

Il ne faut pas :

Laisser s'installer la rétraction utérine,

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

2- traitement curatif

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

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

2-1- Traitement chirurgical

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

Le geste chirurgical tient compte :

De l'ancienneté de la rupture et du degré d'infection surajoutée.

De l'importance des lésions anatomiques,

Des antécédents, surtout d'intervention sur l'utérus (utérus cicatriciel).

De l'âge, parité, existence d'enfant vivant ou non.

Après coeliotomie, deux opérations sont possibles.

2 .1.1- L'hystérectomie :

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

Autant que possible, les ovaires sont conservés.

2.1.2- L'hystérorraphie

C'est une technique chirurgicale conservatrice qui consiste à suturer l'utérus. Cette opération conservatrice, dont les avantages sont considérables chez une jeune femme, doit être techniquement réalisable quand la section utérine n'est pas trop étendue, non compliquée de lésion 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.

2.1.3- La ligature des trompes

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

La stérilisation tubaire est faite parfois :

Chez les grandes multipares et/ou,

Devant les lésions importantes.

C'est une méthode contraceptive la plus efficace et de loin la moins contraignante [65].

2.1.4- Autres gestes

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

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

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

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

2-2- Traitement du choc :

Il est entrepris 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 chirurgical sont très graves.

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

Le traitement curatif du choc comprend

Le traitement de la cause :

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

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

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

La réanimation :

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

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

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

D'autres substances que le sang 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 pas de sens que si la circulation est rétablie.

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

2-3- Traitement anti-infectieux

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

I - Pronostic

1- Pronostic foetal

L'aspect le plus dramatique de la rupture utérine est son caractère foeticide. Dans ruptures spontanées, le pronostic foetal 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 le 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 cerebro-moteurs,
Retard intellectuel.

2- Pronostic maternel

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

2-1- Mortalité maternelle

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

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

2-2- Morbidité maternelle

2-2.1- abcès pariétal : il n'est pas rare. Il peut aboutir à une désunion de la fermeture pariétale entraînant un lâchage avec ou sans éviscération.

2.2.2- 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 en fin à la mort.

2.2.3- L'endométrite : elle est plus fréquente et s'installe quand l'antibiothérapie est insuffisante en dehors d'une hystérectomie.

2.2.4- La septicémie : c'est l'issue fatale de la péritonite ou de l'endométrite.

2.2.5- Fistules vésico-vaginale : elle pose de sérieux problèmes sociaux.

En résumé, le pronostic foetal est toujours sombre, le pronostic maternel toujours sérieux [66]

Le pronostic materno foetal est amélioré par une intervention conséquente et rapide [32],

J – ATTITUDES PROPHYLACTIQUES

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

1- La prévention des ruptures d'utérus sain

Le dépistage de toutes les causes de dystocie, ce qui implique la surveillance correcte de la grossesse et du travail d'accouchement par un personnel médical et paramédical qualifié capable de faire le pronostic maternel et fœtal de l'accouchement au dernier trimestre. La sensibilisation des femmes sur le bien fait de la consultation prénatale et de l'accouchement à la maternité.

Faire des consultations prénatales de meilleure qualité afin de dépister les grossesses à risque et les référer à temps.

Remplir correctement les partogramme et référer les parturientes dès que la zone d'alerte est franchie.

Savoir conduire l'épreuve de travail et l'arrêter au moment opportun.

Faire la promotion du planning familial.

Tous les accoucheurs doivent avoir à l'esprit cette assertion qui dit que : «le soleil ne doit jamais se coucher deux fois sur le même travail » [35]

2- La prévention des ruptures d'utérus cicatriciel

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

2.1. la césarienne systématique

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

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

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

2.2. l'épreuve de travail

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

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

2.3. Cas particulier des ruptures provoquées

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

Le respect strict des indications et des contre-indications des manœuvres instrumentales ou non.

Faire une révision utérine systématique après toutes manœuvres obstétricales laborieuses

Abandon au profit de la césarienne des manœuvres obstétricales réputées dangereuses.

La prévention de ces ruptures utérines passe par le respect strict des règles de l'obstétrique moderne.

IV – METHODOLOGIE

A - Cadre d'étude : notre étude s'est déroulée au niveau de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

1- La région de Mopti :

1-1-Caractéristiques générales de la région de Mopti :

La région de Mopti, d'une superficie de 79 017 Km², est la 5^{ème} région du pays. La majorité du territoire de cette région est située en zone sahélienne. [18]

La région de Mopti est divisée en deux grandes zones agro- écologiques, qui sont :

La zone exondée, située en grande partie à l'Est et comprenant les cercles de Bankass ; Bandiagara, et Koro, ainsi qu'une partie des cercles de Djenné, Mopti et Douentza. Cette zone est divisée en deux parties :

La zone montagneuse et rocheuse c'est à dire Bandiagara et la plaine.

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

La région de Mopti est au cœur du Mali. La population s'élève à 1 540 899 habitants, soit de plus de 15% de la population totale et la plupart des ethnies y sont représentées :

Bambara 26% ; Peuhl et Rimaibé 23% ; Sonrhäï 18% ; Bozo 11% ; Dogon 9%.

Le taux d'accroissement de la population entre 1998 et 1999 est de 2,20%. Près de 50% de la population de cette région à moins de 15 ans et la majorité vit en zone rurale. [18]

De façon générale la région est considérée comme parmi les plus pauvres du Mali. Il a été estimé en 1994 que le revenu annuel moyen par an par habitant était de 56 672 FCFA, niveau inférieur de moitié à la moyenne nationale qui est de 120 874 FCFA. En 1998, l'indice de développement humain de la région de Mopti était le plus bas du Mali. [18]

Les familles de la région de Mopti vivent de la pêche, de l'agriculture et de l'élevage. L'agriculture est dominée par la culture des céréales dont la production dépend de la pluviométrie et de la crue du Niger.

Le cheptel de la région est le plus important du Mali.

Le secteur tertiaire de l'économie de la région semble être en croissance, largement grâce au tourisme. La région dispose en effet, des sites

touristiques les plus fréquentés au Mali qui sont Djenné et sa grande mosquée, le pays Dogon et Mopti la Venise Malienne.

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

La société civile de la région est marquée par un grand nombre d'associations ou de groupements mais ceux-ci sont souvent peu fonctionnels et ne disposent que de capacités limitées. Il existe également une soixantaine d'ONG de profils variables. La région compte au total 108 communes dont 5 urbaines et 103 rurales. Ces communes regroupent plus de 2000 villages et 3 fractions nomades [18] .Toutes les communes à l'exception de la commune de Mopti sont nouvelles et mises en place depuis 1999 dans la politique de décentralisation du Mali.

1-2- La ville de Mopti :

Mopti est la troisième ville du pays. Le nombre d'habitants s'élève à près de 100 000 personnes. La densité de la population est de plus de 400 habitants par Km², regroupée en grande partie sur la berge du Bani qui est surpeuplée et très insalubre.

La commune de Mopti est divisée en deux parties, Mopti ville (78 000 habitants) au bord du fleuve et Sévaré (14 500 habitants), quartier de Mopti situé à 13 kilomètres de Mopti, sur l'axe de Bamako- Mopti- Gao.

La configuration géographique de Mopti par rapport à son quartier de Sévaré n'est pas sans importance : Mopti est au bout d'une digue de 15 Km localisée au bord du fleuve, sur un axe perpendiculaire à la route bitumée qui va de Sévaré à Gao. Cette configuration géographique de la ville de Mopti va justifier, outre les considérations relatives à l'expansion du quartier de Sévaré tant du point de vue démographique que sociologique et économique, le choix de la localisation à Sévaré du futur hôpital régional de la région de Mopti

2- Centres d'enquête :

Notre étude s'est exclusivement déroulée à l'hôpital Somine DOLO de Mopti

3-l'hôpital Sominé Dolo de Mopti :

➤ La situation géographique

L'hôpital de Mopti baptisé hôpital **SOMINE DOLO le 1^{er} Mai 1995**, est excentré par rapport au cœur de la ville et des activités à forte densité de population. Situé dans une zone administrative, son accessibilité est rendue difficile par l'unique accès que constitue la route à double sens mais d'une largeur insuffisante pour permettre le croisement de deux véhicules. Celle-ci est construite sur la levée en bordure du fleuve longée de grands arbres.

Il a trois vocations :

- la référence pour les cercles de la région
- la formation
- la recherche

➤ Description du service de gynéco obstétrique :

.Infrastructures :

Le service de gynéco obstétrique dispose :

- d'une salle de consultation externe
- de deux salles d'accouchements annexées au bloc opératoire
- d'un pavillon d'hospitalisation à 9 lits repartis entre trois salles

.Personnels :

Le personnel du service est constitué de :

- Un gynécologue obstétricien titulaire, chef de service
- Une gynécologue obstétricienne Cubaine
- Deux sages femmes
- Cinq (5) internes

Le service de Gynéco obstétrique a cinq jours de consultation externe, des séances d'échographie et un jour d'activité chirurgicale programmée. La

visite des malades hospitalisées, précédée du staff, a eu lieu tous les jours ouvrables.

Les autres services :

un service de Médecine et de Pédiatrie

un service de chirurgie englobant

-une unité des urgences : comprenant une salle d'examen et de soins, une salle de garde.

-un bloc opératoire : comprenant

.deux salles d'opérations

.une salle d'attente qui sert secondairement de salle d'accouchement

.une salle de stérilisation

.deux salles de lavage chirurgicale des mains

.une salle où l'on garde les instruments stériles

.une salle de garde des infirmiers du bloc

.une salle de garde des manoeuvres

-une unité d'ophtalmologie

-une unité d'odontostomatologie

un service administratif

un service social

une unité de radiologie

un laboratoire

une pharmacie hospitalière

une unité de kinésithérapie

une cuisine

une lingerie et buanderie

une morgue

un logement pour le directeur

deux logements d'astreintes pour le gynécologue et le chirurgien.

B-Type d'étude:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive à l'hôpital Sominé DOLO sur une période allant du 1^{er} Janvier 2006 au 31 décembre 2007 soit 24 mois.

Critères d'inclusion :

- Rupture utérine survenant chez une femme au cours de la grossesse ou du travail qu'elle soit évacuée ou non admise à l'hôpital Sominé Dolo.
- Rupture utérine complète ou incomplète.

Critères de non inclusion :

- Les déchirures limitées au col utérin
- Les plaies de l'utérus grévise d'origine traumatique par agent vulnérable ayant traversé la paroi abdominale.
- Les perforations utérines survenant lors d'un avortement.

C-L'échantillonnage: collecte des données

Durant notre période d'étude du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007 nous avons recensé 56 cas.

Pour mener cette étude nous avons établi une fiche d'enquête sous forme de questionnaire, nous avons utilisé aussi des dossiers médicaux des partogrammes et le cahier de protocole opératoire.

Les données collectées ont été saisies et analysées sur micro-ordinateur à l'aide de logiciel EPI INFO (Version 6.0)

V RESULTATS

1- FREQUENCE

Durant ces deux ans d'étude nous avons enregistré 1927 accouchements dont 56 ruptures utérines soit une fréquence de 2.90 % c'est-à-dire une rupture pour 56 accouchements

2- CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES

Tableau I : Répartition des parturientes selon les tranches d'age

Age	Effectifs	%
16-19 ans	3	5.3
20-25ans	12	21.4
26-30ans	15	26.8
31-35	13	23.2
36-40 ans	10	18

41-45ans	3	5.3
Total	56	100

Tableau II : Répartition des parturientes selon statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	%
Mariée	55	98.2
Célibataire	1	1.8
Total	56	100

Tableau III : Répartition des parturientes selon le niveau d'étude

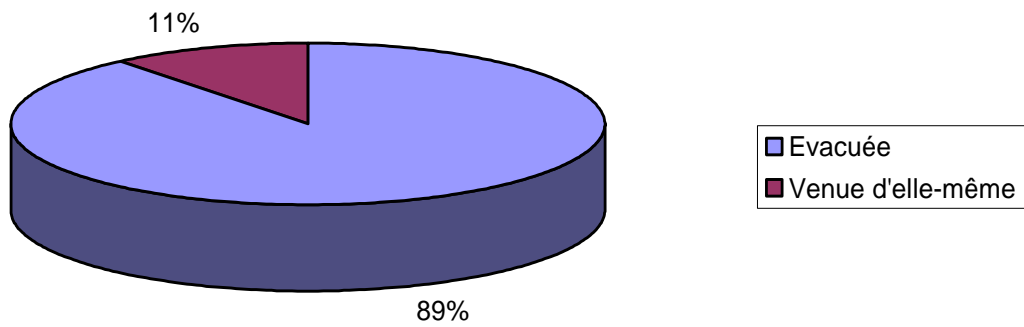
Niveau d'étude	Effectifs	%
Analphabète	55	98.2
Primaire	1	1.8
Total	56	100

Tableau IV : Répartition des parturientes selon la profession

Profession	Effectifs	%
Ménagère	55	98.2
Secrétaire	1	1.8
Total	56	100

3-ADMISSION :

Graphique I : Répartition des parturientes selon le mode d'admission



Graphique II : Répartition des parturientes selon le moyen de transport

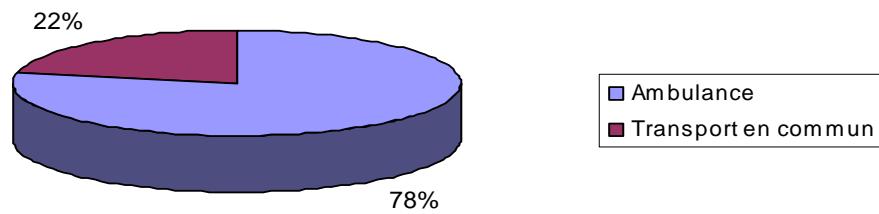


Tableau V : Répartition des parturientes selon la provenance

Provenance	Effectifs	%
Mopti	45	80.4
Bankass	4	7.1
Douentza	3	5.4
Bandiagara	2	3.6
Djenné	1	1.8
Koro	1	1.8

Total	56	100
-------	----	-----

Tableau VI : Répartition des parturientes selon la distance parcourue

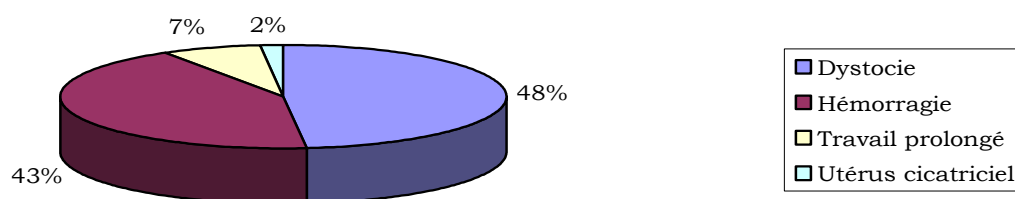
Distance parcourue	Effectifs	%
≤15 km	40	77.4
15 -30 km	3	5.4
30-50km	2	3.6
50-100km	2	3.6
>100km	9	10
Total	56	100

Tableau VII : Répartition des parturientes selon le délai d'admission

délai d'admission	Effectifs	%
<24 heures	7	12.5
24-72 heures	47	83.9
>72 heures	2	7.14
Total	56	100

Le délai d'admission est le temps écoulé entre la prise de décision d'évacuation et l'admission à l'hôpital

Graphique III : Répartition des parturientes selon le motif d'évacuation



4-ANTECEDANTS

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectifs	%
Aucun	55	98.2
HTA	1	1.8
Total	56	100

Tableau IX : Répartition des parturientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	%
Césarienne	8	14.3
Aucun	48	85.7
Total	56	100

Tableau X : Répartition des parturientes selon la gestité

Gestité	Effectifs	%
Primigeste	5	8.9
Paucigeste	15	26.8
Multigeste	16	28.6
Grande multigeste	20	35
Total	56	100

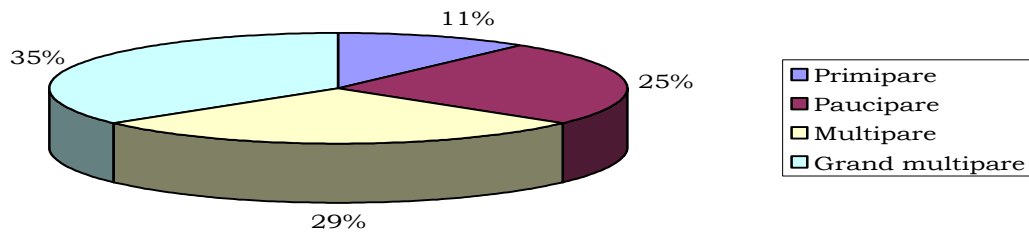
Primigeste : 1^{ère} grossesse

Paucigeste : 2^{ème}-3^{ème} grossesse

Multigeste : 4^{ème}-5^{ème} grossesse

Grande multigeste : supérieur au 5^{ème} grossesse

Graphique IV : Répartition des parturientes selon la parité



Primipare : 1^{er} accouchement

Paucipare : 2^{ème} - 3^{ème} accouchement

Multipare : 4^{ème} - 5^{ème} accouchement

Grande multipare : supérieur à 5 accouchements

Tableau XI : Répartition des parturientes selon l'intervalle intergénéral

IIG	Effectifs	Fréquence
<2ans	14	25
>2ans	42	75
Total	56	100

5-GROSSESSE ACTUELLE

Tableau XII : Répartition des parturientes selon le suivi de la grossesse

suivi de la grossesse	Effectifs	%
Oui	16	28.6
Non	40	71.4
Total	56	100

Tableau XIII : Répartition des parturientes suivies selon le nombre de consultation prénatale

Nombre CPN	Effectifs	%
1	10	62.5
2	5	31.2
3	1	6.3
Total	16	100

Tableau XIV : Répartition des parturientes suivies selon le début de la consultation prénatale

Nombre CPN	Effectifs	%
1^{er} trimestre	9	56.2
2 ^{eme} trimestre	6	37.5
3 ^{eme} trimestre	1	6.3
Total	16	100

Tableau XV : Répartition des parturientes suivies selon l'auteur de la consultation prénatale

Auteur	Effectifs	Fréquence
Matrone	11	68.75
Sage femme	4	25
Interne	1	6.25
Total	16	100

Tableau XVI: Répartition des parturientes selon le lieu de consultation prénatale

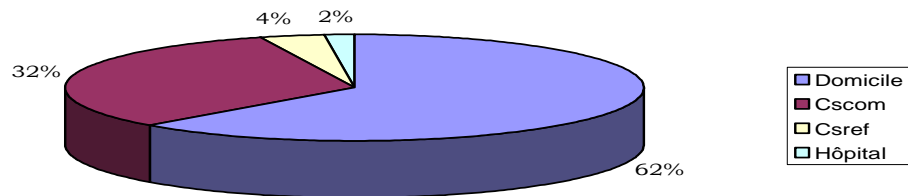
Lieu	Effectifs	%
Cscom	15	93.7
Hôpital	1	6.3
Total	16	100

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon La pathologie au cours de la grossesse

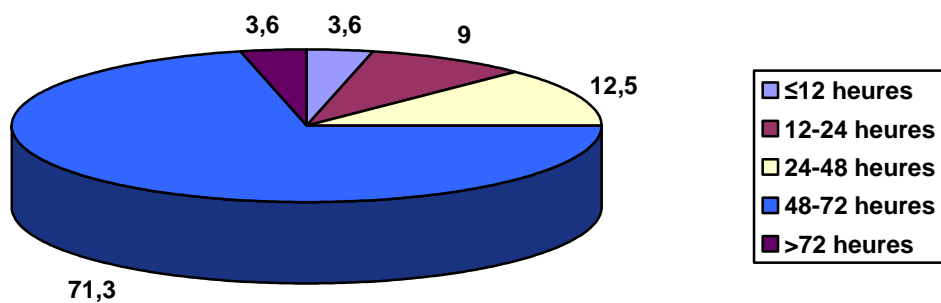
Pathologie	Effectifs	%
Paludisme	5	8.9
Indéterminée	36	64.3
Aucune	15	26.8
Total	56	100

6-TRAVAIL

Graphique V: Répartition des parturientes selon le lieu de déroulement du travail



Graphique VI : Répartitions des parturientes selon la durée du travail



7- CLINIQUE

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon l'état général à l'admission

Etat général	Effectifs	%
Passable	40	71.4
Mauvais	16	28.6
Total	56	100

Tableau XIX: Répartition des parturientes selon l'état des conjonctives

Conjonctives	Effectifs	Fréquence
Colorées	40	71.4
Pâles	16	28.6
Total	56	100

Tableau XX : Répartition des parturientes selon la tension artérielle

Tension artérielle	Effectifs	%
Hypertension	1	1.9
Normotension	16	28.5
Hypotension	39	69.6
Total	56	100

Hypertension artérielle : TA >140/90 mmHg

Normotension artérielle : TA comprise entre 100/60 et 140/90 mmHg

Hypotension artérielle : TA <100/60 mmHg

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon les signes cliniques

Signes cliniques	Effectifs	%
Hémorragie	20	35.7
Absence de cu	16	28.6
Fœtus sous la peau	16	28.6
Hyperthermie	4	7.2
Total	56	100

Graphique VI: Répartition des parturientes selon la circonstance de survenue de la rupture

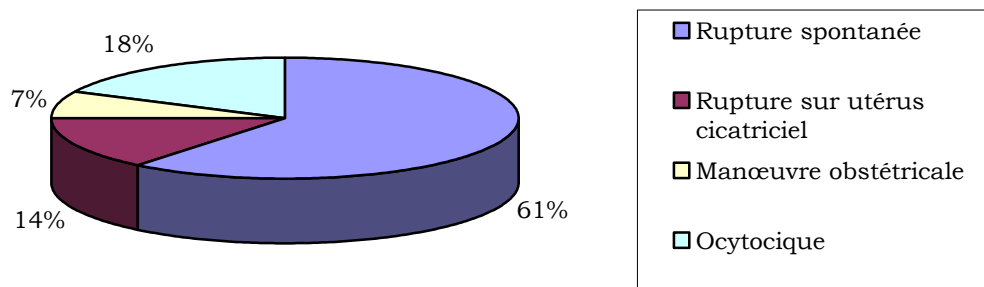


Tableau XXII: Répartition des parturientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine	Effectifs	%
≤ 36 cm	40	71.5
≥ 36cm	16	28.6
Total	56	100

Tableau XXIII: Répartition des parturientes selon la variété de la présentation

variété de la présentation	Effectifs	%
Céphalique	39	69.6
Transverse	10	17.9
Siège	7	12.5
Total	56	100

Tableau XXIV: Répartition des parturientes en fonction des bruits du fœtal

Bruits du coeur fœtal	Effectifs	%
Absents	50	89.3
Présents	6	10.7
Total	56	100

Tableau XXV: Répartition des parturientes en fonction du type de bassin

Type de bassin	Effectifs	%
Normal	47	85.7
Limite	6	10.7
Rétréci	2	3.6
Total	56	100

Tableau XXXVI: Répartition des parturientes en fonction de la circonstance de diagnostic

Diagnostic	Effectifs	Fréquence
Préopératoire	45	80.4
Per opératoire	9	16
Post partum	2	3.6
Total	56	100

8-EXAMEN PARACLINIQUE :

Tableau XXXVII: Répartition des parturientes en fonction du bilan para clinique effectué

Bilan	Effectifs	Fréquence
GR + NFS	56	100
Total	56	100

Tableau XXXVIII: Répartition des parturientes en fonction du bilan taux d'hémoglobine à la numération formule sanguine

Taux Hb (g /l)	Effectifs	%
≥10g/l	10	17.8
9-7g /l	30	53.6
<7g/l	16	28.6

Total

56

100

9-ANATOMIE-PATHOLOGIE

Graphique VII: Répartition des parturientes en fonction du siège de la rupture

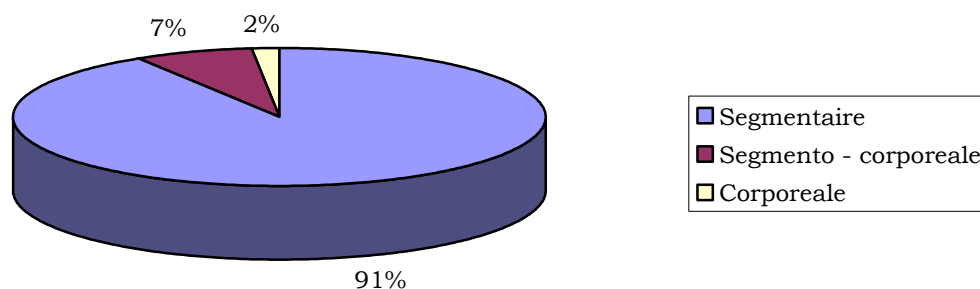


Tableau XXXIX : Répartition des parturientes en fonction du type de rupture

Type	Effectifs	Fréquence
Complète	51	91.1
Incomplète	5	8.9
Total	56	100

Tableau XXXX : Répartition des parturientes en fonction des lésions associées

Lésions associées	Effectifs	Fréquence
Oui	21	37.5
Non	35	62.5
Total	56	100

Tableau XXXXI : Répartition des parturientes en fonction du type lésions associées

Type lésions associées	Effectifs	%
Pédicule	11	52.4
Vessie	7	33.3
Vagin	2	9.5
Col	1	4.8
Total	21	100

10-ATTITUDE THERAPEUTIQUE

Tableau XXXXII: Répartition des parturientes en fonction du besoin transfusionnel

Transfusion	Effectifs	Fréquence
Oui	46	82
Non	10	18
Total	56	100

Tableau XXXXIII: Répartition en fonction des parturientes transfusées

Transfusées	Effectifs	Fréquence
Oui	31	67.4
Non	15	32.6
Total	56	100

Tableau XXXXIV: Répartition des parturientes en fonction de la quantité de transfusion

Quantité	Effectifs	%
Aucune	15	32.6

Une poche	10	21.7
Deux poches	15	32.6
Trois poches	6	13.1
Total	56	100

Graphique IX : Répartition des parturientes en fonction du type d'intervention

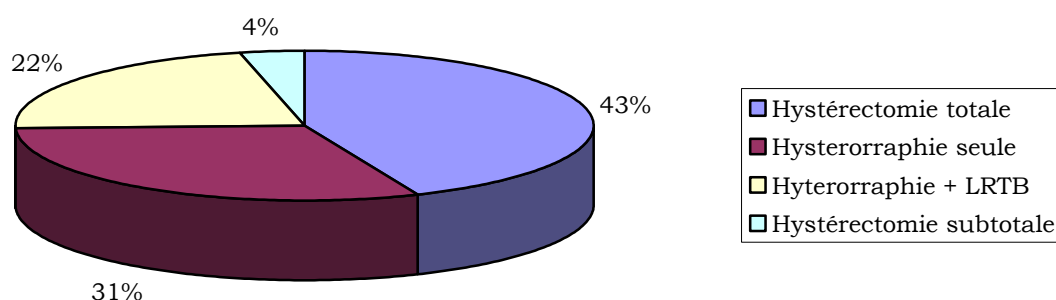


Tableau XXXXV : Répartition des parturientes en fonction du type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Effectifs	%
Anesthésie générale	46	84
Rachianesthésie	9	16
Total	55	100

Tableau XXXXVI : Répartition des parturientes en fonction du type d'antibioprophylaxie

Type d'antibioprophylaxie	Effectifs	%
Monothérapie par amoxicilline	49	87.5
Bithérapie par ciprofloxacine et metronidazole	7	12.5
Total	56	100

Tableau XXXXVII : Répartition des parturientes en fonction du mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectifs	%
Voie haute	47	83.9
Voie basse	9	16.1
Total	56	100

11-PRONOSTIC

Tableau XXXXVIII : Répartition des parturientes en fonction des suites opératoires

Suites opératoires	Effectifs	%
Simple	33	60
Complicées	22	40
Total	55	100

Graphique X : Répartition des parturientes en fonction du type de complication

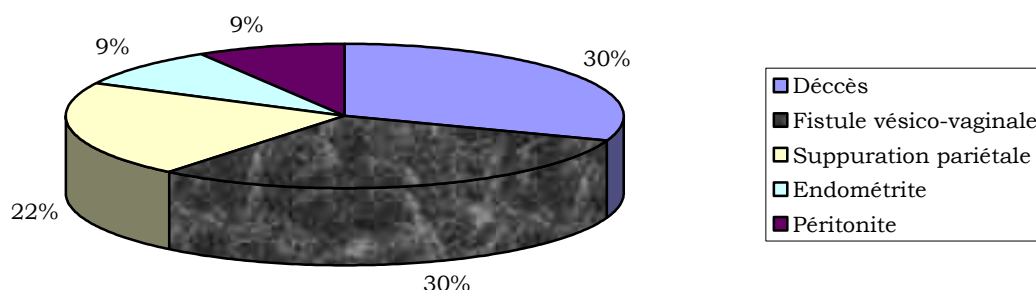


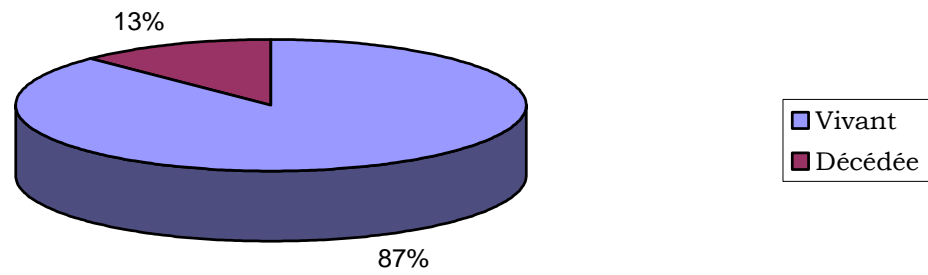
Tableau XXXXIX : Répartition des parturientes en fonction du type de décès

Type de décès	Effectifs	%
Après prise en charge chirurgicale	6	85.7
Avant prise en charge chirurgicale(coma)	1	14.3
Total	7	100

Tableau XXXXX : Répartition des parturientes en fonction de la cause du décès

Cause de décès	Effectifs	%
Choc hémorragique	5	71.4
Septicémie	2	28.6
Total	7	100

Graphique XI: Répartition des parturientes en fonction du pronostic maternel



Graphique XII : Répartition des parturientes en fonction du pronostic foetal

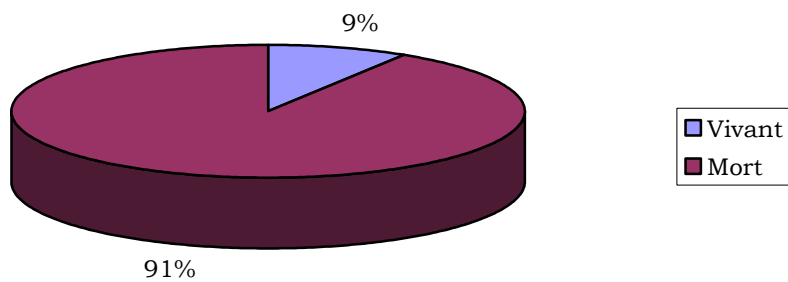


Tableau XXXXXI : Répartition en fonction de la nature des morts nés

Mort né	Effectifs	%
Frais	44	86.3
Macérés	7	13.7
Total	51	100

Tableau XXXXXII : Répartition des parturientes en fonction de la durée de l'hospitalisation

Durée de l'hospitalisation	Effectifs	%
<24 heures	5	8.9

72 heures	26	46.4
>72 heures	25	44.7
Total	56	100

12 ÉTUDE DE CORRÉLATION

Tableau XXXXXIII : Répartition selon l'état du nouveau né en fonction type de rupture utérine

	Rupture sur utérus cicatriciel	Rupture sur utérus sain	Total
Vivants	3	2	5
Morts nés	5	46	51
Total	8	48	56

P = 0,02 : différence statistiquement significative

Tableau XXXXXIV : Répartition des causes de décès en fonction du type d'intervention

	Hysterorraphie	Hystérectomie	Total
Choc hémorragique	0	5	5
Septicémie	1	0	1
Total	1	5	6

Le choc hémorragique a été la principale cause de décès après hystérectomie

Tableau XXXXXV : Répartition du type de rupture en fonction des décès maternel

	Décédées	Vivantes	Total
--	----------	----------	-------

Complète	6	45	51
Incomplète	1	4	5
Total	7	49	56

P = 0,5 pas de différence statistique

Tableau XXXXXVI : Répartition de la parité en fonction du type de rupture

	Primipare	Paucipare	Multipare	Grande multipare	Total
Complète	2	13	16	20	51
Incomplète	4	1	0	0	5
Total	6	14	16	20	56

La rupture utérine a été complète chez la totalité des grandes multipares

Tableau XXXXXVII : Répartition de la parité en fonction du type de traitement chirurgical

	Primipare	Paucipare	Multipare	Grande multipare	Total
Hystérectomie totale	0	0	5	19	24
Hysterorraphie simple	6	11	0	0	17
Hysterorraphie + LRTB	0	3	9	0	12
Hystérectomie subtotale	0	0	2	0	2
Total	6	14	16	19	55

L'hystérectomie totale a été la technique opératoire utilisée chez la totalité des grandes multipares

Tableau XXXXXVIII : Répartition de la parité en fonction d'un antécédent de césarienne

	Primipare	Paucipare	Multipare	Grande multipare	Total
Oui	5	3	0	0	8
Non	1	11	16	20	48
Total	6	14	16	20	56

L'antécédent de césarienne a été observé chez la majorité des primipares

NB : nous n'avons recensé aucun décès maternel chez les huit patientes avec un antécédent de césarienne

VI – COMMENTAIRES ET DISCUSSION

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

1-La fréquence :

Durant deux ans il a été enregistré dans le service 1927 accouchements.

La fréquence des ruptures utérines se chiffre par rapport aux accouchements à 2.90% (une rupture utérine pour 56 accouchements).

Ces chiffres sont ceux du service et ne saurait représenter la situation générale de la région.

Notre service étant la seule structure de deuxième niveau pour toute région, cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par :

.les évacuations tardives

.le fait que la couverture sanitaire de la région est insuffisante.

Contrairement aux pays fortement médicalisés où la rupture utérine, généralement issue de désunion de cicatrices utérines, survenant une fois sur 10000 accouchements SEGUY B. [65], cette pathologie apparaît aujourd'hui encore monnaie courante dans les pays en voie de développement où elle constitue un problème majeur en matière de santé de reproduction.

L'analyse **du tableau XXXXXIX** montre la variation de la fréquence de rupture utérine d'un pays à l'autre. Malgré cette variation les pays africains surtout ceux du sud du Sahara conservent les taux les plus élevés .La fréquence élevée des ruptures dans ses différents pays est la conséquence de la non maîtrise des facteurs de risque pendant la grossesse et l'accouchement.

Notre taux de rupture utérine est nettement inférieur à celui de LANKOANDE J. [38] (une rupture pour 44accouchements), DRABO, A. [18] (une rupture pour 13 accouchements) supérieur à celui de NAVDIN F [53] au Rwanda (une rupture pour 115 accouchements) et enfin supérieur à celui de MA ZHIRI [47] au Maroc (une rupture pour 223 accouchements).

Tableau XXXXXIX : Répartition de la fréquence de la rupture utérine dans la littérature dans différents pays

Fréquence	Année	Lieu	Auteurs
1/103	1989	Togo	K.Akpaza) [34]
1/223	1989	Maroc	MA Zhiri [47]
1/44	1995	Burkina Faso	Lankoande J [38]
1/151	1991	Sénégal	Diouf A [16]
1/115	1983	Rwanda	Navdin F. [53]
1/254	1977	Iran	Talebzadeh [68]
1/95	1990	Mali	Dolo A [17]
1/1299	1993	France	M cosson [48]
1/1756	1979	Israël	Blum [3]
1/6331	1992	Singapore	Ziadeh SM [75]
1/52	1976	Côte d'Ivoire	Bohoussou [4]
1/119	1990	Guinée	Rachid [61]
1/548	1991	Tunisie	N'gassa [54]
1/509	1994	Cameroun	Champault [8]
1/16849	1994	USA	Miller D.A. [49]
1/38	1992	Ethiopie	Chamiso B. [7]
1/13	1999	Mali (Mopti)	Drabo A. [18]
1/118	1999	Mali (Sikasso)	Sidibé M. [67]
1/56	2007	MALI (MOPTI)	NOTRE ETUDE

2- Les caractéristiques socio-économiques

2-1- L'âge

L'âge moyen de nos patientes est de 30 ans avec des extrêmes de 16 et 45 ans. Tous les âges de la période de procréation sont représentés. Ce fait a été constaté chez beaucoup d'autres auteurs BAYO A. [6], DIOUF A. [16], DOLO A. [17], KEITA N. [35], VEDAT A. [72].

La majorité de nos patientes soit 26,8% ont leur âge compris entre 26 et 30 ans. Cette tranche d'âge correspond à la période où l'activité génitale est intense.

Elle est relevée par la plupart des auteurs Africains BOHOUSSOU K. [4], BAYO A. [6], ZHIRI MA. [47], N'GASSA P.A. [54], TRAORE Y. [71]. Par contre certains auteurs comme CHEN YU. [11], DIALLO F.B. [14], SIDIBE M. [67] trouvent que ce facteur intervient peu.

M.KONE [50] attribut ce phénomène à l'environnement socioculturel en Afrique et que les âges extrêmes de la procréation constituent les âges à risque ; c'est à dire les ages inférieurs à 15 ans et supérieurs à 35 ans.

Notre étude compte 3 adolescentes. Pour beaucoup d'autres africains, les gestantes jeunes payent un lourd tribut à la rupture utérine.

En effet, l'immaturation des bassins chez les femmes mariées précocement, la réduction de l'intervalle entre les grossesses sont autant de facteurs qui exposent ces femmes à la rupture utérine.

2-2- La parité : les grandes multipares représentent 35%, les multipares 29%. Les paucipares sont également concernées, elles représentent 25 %.

Les primipares ne sont pas épargnées, elles représentent 11 %.

Nous rejoignons les auteurs comme BOHOUSSOU K. [4], BAYO A. [6], DIOUF A. [16], PHELAN J.P. [56], VEDAT A.] [72] pour dire que la fréquence des ruptures croit avec la parité.

Notre fréquence des ruptures utérines chez les multipares est supérieure à celle de K.AKPADZA [34] à Sokode au Togo. La multiparité par le biais de modifications histologiques du muscle utérin, peut être à l'origine des ruptures utérines M. COSSON [48].

Nous sommes du même avis que BOHOUSSOU [4], N'GASSA [54], BAYO. A [6], TRAORE Y. [71] qui trouvent que " la prédisposition des multipares à la

rupture utérine est une notion classique qui mérite d'être conservée " par une vigilance accrue.

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

2-3-Le niveau socio-économique : le niveau socio-économique des parturientes a été apprécié à partir de leur statut matrimonial leur profession et leur niveau d'instruction.

98,2 % des parturientes étaient mariées

98,2% étaient ménagères sans profession

98,2% étaient des analphabètes

Ceci prouve que la grande majorité des patientes admises dans notre service pour rupture utérine étaient constituées de ménagères analphabètes vivant avec leur mari.

Compte tenu de l'insuffisance de la couverture sanitaire du pays la plupart n'ont pas facilement accès aux structures sanitaires pour une surveillance adéquate de leur grossesse et de leur accouchement. Par ailleurs, même dans certaines zones disposant de structures sanitaires, les femmes ne s'y rendent que devant des complications rencontrées par l'accoucheuse traditionnelle, pour des raisons diverses.

Nous partageons l'avis de Diouf A. [16] qui disait que le bas niveau socio-économique dans nos pays intervient dans la genèse des ruptures utérines, il réduit l'accès aux soins médicaux.

ALIHONOU E. [1] ,REKIK.S [63]trouvent que 60 à 70% des cas de ruptures utérines en Afrique s'observent chez les femmes de classe économiquement faible issues pour la plupart du milieu rural où des zones suburbaines déshéritées.

En effet, il faut ajouter l'absence de routes et de moyens de transport adéquats pour assurer le transfert des malades vers les structures spécialisées, ce qui complique davantage la prise en charge de ses parturientes.

2-4- La provenance et le mode d'admission.

Par rapport à la provenance géographique : 45 patientes (80,4%) résidaient dans le cercle de Mopti et banlieue.

11 patientes (19,5%) résidaient en dehors du cercle de Mopti réparties comme suite 4(7.1%) cercle de Bankass ,3(5.4%) dans le cercle de Douentza, 2(3.6%) dans le cercle de Bandiagara, 1(1.8%) dans le cercle de Djenné ,1(1.8%) dans le cercle de korientze

En ce qui concerne le mode d'admission de nos parturientes 50 cas (89%) ont été évacués des structures de première référence.6 cas (11%) sont venus de leur domicile. Ce résultat est conforme à celui de DRABO A. [16] qui trouve 94% de patientes évacuées et 16% des patientes venues de leur domicile.

Selon la distance 90% des cas ont parcouru moins de 100Km et 10% ont parcouru plus de 100 Km avant d'arriver à l'hôpital .Par contre DRABO A. [16] trouve 40,9% des cas qui ont parcouru moins de 100 km et 59,1% des cas ayant parcouru plus de 100 km avant d'arriver à l'hôpital.

On estime que l'organisation du système de référence-évacuation a permis de résoudre des difficultés majeures à accéder facilement aux structures spécialisées, une grande partie des difficultés à la prise en charge des accouchements dystociques et par conséquent diminuer la fréquence des ruptures utérines.

3 - Antécédent

Sur les 56 cas de ruptures utérines, seulement 8 patientes soit 14,5% présentaient un antécédent de césarienne. Il s'agit de rupture de l'utérus uni cicatriciel. Ce résultat est inférieur à celui de R. LE CANNELIER. [62] qui trouve à Dakar 30% d'utérus cicatriciel et supérieur à celui de LANKOANDE J. [38] qui trouve 7.5% à Ouagadougou.

Cependant, il faut noter l'absence d'antécédent de curetage chez nos parturientes contrairement à certains auteurs comme MERGER R. [64] qui insiste sur le rôle traumatisant des curettes comme facteurs favorisant le risque de survenue et de la rupture utérine.

En ce qui concerne l'intervalle intergésésique, 25% des parturientes avaient un intervalle inférieur à 24 mois.

La réduction de cet intervalle est considérée comme facteur de risque en raison des modifications histologiques du muscle utérin M. COSSON [48], MEICLER P. [51]

En ce qui concerne la surveillance prénatale 71.4% des cas n'ont subi aucune consultation prénatale.

4 – Etude clinique :

Toutes les patientes ont bénéficié d'un examen général et obstétrical à l'admission.

La fièvre a été retrouvée chez 7.1% des parturientes avec une température supérieure ou égale à 38°C. Par contre DIOUF A. [16] a trouvé seulement 17.1% de fièvre associées à la rupture.

À l'admission, 16 cas (28.6%) présentaient un mauvais état général .8 cas en état de choc dont un cas décéda 15 min après son admission au cours de la réanimation pré opératoire. Quant à l'anémie, elle fut appréciée par l'état des conjonctives et des muqueuses. Ainsi 16 cas (28.6%) présentaient un état anémique clinique dont 8 cas (14.3%) jugés sévères. DIOUF A. [16] trouve dans son étude seulement 20% d'anémie.

Pour LANKOANDE J. [38] 50% des parturientes présentaient un état général cliniquement mauvais.

La durée du travail

25,1% des femmes avaient une durée du travail inférieure ou égale à 48 heures ; 71,3% des cas avaient une durée de travail comprise entre 48 et 72 heures ; 3,6% des parturientes avaient une durée de travail de plus de 72 heures.

Chez 78.6% les bruits du cœur fœtal étaient absents .Ils étaient normaux dans 8.9% des cas.

5 – Les circonstances de survenues de la rupture utérine

La rupture s'est produite dans la plupart des cas au cours du travail .Nous notons dans notre série un cas de rupture utérine diagnostiqué dans le post partum. Il s'agit d'une paucipare ayant accouché dans un Cscm périphérique situé à 13 Km de l'hôpital reçue à J2 dans un tableau d'hémorragie du post partum. L'examen à l'admission notait une rupture sous séreuse segmentaire de 5cm environ. Une Hysterorraphie avait été

pratiquée et la patiente a été exécutée à J5 post opératoire avec un état satisfaisant.

Dans 62 % des cas il s'agit de rupture au cours d'une tentative d'accouchement à domicile.

Dans 38% des cas la rupture s'est produite dans une formation sanitaire (soit une maternité rurale, soit un centre de santé communautaire ou centre de santé d'arrondissement revitalisé ou soit même dans une structure sanitaire de première référence).

Un cas de rupture s'est déroulé à l'hôpital. Il s'agissait d'une grande multipare avec une présentation de siège complet admise en phase expulsive du travail d'accouchement et qui avait accouché par voie basse d'un nouveau né vivant de sexe féminin pesant 3600g avec un Apgar à la 1^{ère}: 7 à la 5^{ème} minute : 8 à la 10^{ème} minute : 10 dont les suites sont compliquées d'une hémorragie.

A la révision utérine on nota une rupture complète. Elle a subi une hystérorraphie et a séjourné dans le service pendant 5jours et exécutée à J4 avec état satisfaisant, son nouveau né allait bien.

DIOMANDE G. [15] a enregistré 68,32 % de ruptures utérines dans le service et TRAORE Y. [71] 4,5 %

6 – Circonstance du diagnostic

Les circonstances de diagnostic ont été variables. Dans 80.4%, le diagnostic a été évident avant toute intervention devant :

- l'hémorragie extériorisée dans 35.7% des cas,
- la palpation du fœtus sous la peau dans 19.6%,
- l'état de choc dans 14,3%,
- l'absence de contraction utérine : 23.2% des cas.
- La fièvre a été retrouvée chez 7,2% des parturientes.

REKIK S. [64] et KEITA N. [42] ont trouvé respectivement 36% et 59,35% de cas de fièvre associée à la rupture

Le diagnostic a été facile dans 81,25% des cas chez CHAMPAULT G. [8] devant l'hémoperitoine et la superficialité du fœtus.

Dans 16,1% des cas la découverte de la rupture a été faite lors de la césarienne indiquée soit pour syndrome de pré rupture, soit pour

disproportion foeto-pelvienne, soit pour travail prolongé ou soit pour présentation dystocique.

Ce taux de découverte de la rupture utérine en per opératoire est comparable à celui de ELMANSOURI [32] 12%, il est inférieur à celui de TRAORE Y. [71] 28.9% et celui REKIK [63] 40%.

Dans notre série dans 3.6% des cas, le diagnostic a été posé dans le post partum dont un cas dans le post partum immédiat lors de la révision utérine et le second cas devant une hémorragie à J2 du post partum dans un état de choc après accouchement dans un centre de santé périphérique.

MA ZHIRI [47] a trouvé au Maroc 47% de découverte de rupture utérine avant l'accouchement, 18% lors de la césarienne.

TRAORE Y. [71], REKIK S [63], KEITA N [42] ont trouvé respectivement 10%, 19,5% et 8,38% de découverte après l'accouchement par voie basse.

7 – Les facteurs étiologiques :

Théoriquement on distingue les facteurs survenant sur utérus sain et ceux survenant sur utérus cicatriciel.

7 -1- Les ruptures survenant sur utérus sain :

Elles sont de deux types : les ruptures spontanées et les ruptures provoquées.

7 -1-1- les ruptures spontanées

Tableau XXXXXX : la fréquence des ruptures d'utérus sain dans la littérature

Auteurs	Pays	Pourcentage (%)
ALI HONOU E. [1]	Bénin	47.2
NAVDIN F. [53]	Rwanda	88
K. AKPADZA [34]	Togo	72.09
DIOUF A. [16]	Sénégal	31.7
KABA C.S [30]	Côte d'Ivoire	55.02
DOLO A. [17]	Mali	71.4
K.V.S TETE [37]	Togo	25
SIDIBE M. [67]	Mali (Sikasso)	64.1
NOTRE ETUDE	Mali (Mopti)	85.7

Elles représentent dans notre étude 85.7%. Diouf A [16] à Dakar trouve 77% dans son étude.

Les présentations dystociques, considérées comme causes classiques des ruptures utérines représentent 48% des cas, contre 9,6% chez M.A. ZHIRI [47] et 8,5% des cas chez Diouf A [16]

Nous avons également relevé 2 cas de macrosomie (poids de naissance supérieur à 4000g). Ces différentes causes ont été retrouvées dans la littérature à des taux variables ALIHOUNOU E. [1], BAYO A. [6], CHAMISO B. [7], CHELLI H. [10], DIOUF A. [16], LANKOANDE J. [29], ZIADEH SM. [75]

En pratique l'intrication de plusieurs facteurs de risque est fréquente. A ces multiples facteurs il faut ajouter la multiparité, la réduction de l'intervalle entre les grossesses, le bas niveau socio-économique, le manque ou

l'insuffisance de surveillance de la grossesse et de l'accouchement en zone rurale et l'analphabétisme.

L'analyse **du tableau XXXXXX** montre que notre taux de rupture d'utérus sain est comparable à celui de NAVDIN F [53] et K. AKPADZA. [34] il est supérieur à celui de ALIHONOU E [1] et DIOUF A [16]. Cependant, il faut signaler l'absence de malformation utérine et d'antécédent de curetage chez nos parturientes.

7 -1-2 les ruptures iatrogènes : ce sont des ruptures liées à l'accoucheur

Les manœuvres obstétricales sont responsables de 7% des ruptures. On note également l'utilisation d'ocytocique dans 18% des cas. ZINE S [76] a trouvé dans son étude 53,8% de ruptures iatrogènes dont 23,1% d'utilisation d'ocytocique.

K AKPADZA [34] trouve 2,32% de causes liées aux manœuvres endo-utérines et 2,32% de causes liées à l'utilisation abusive d'ocytocique.

LH. ILOKI [43] nous rapporte 32,2% de cas liés à l'usage mal contrôlé d'ocytocique et 6,7% de manœuvres obstétricales à Brazzaville au Congo.

Enfin les ruptures provoquées représentent 8,9% des cas chez M. AKONTIONGA [45].

7 -2-les ruptures survenant sur utérus cicatriciel

Tableau XXXXXXI : la fréquence des ruptures sur utérus cicatriciel dans la littérature

Auteurs	Pays	Pourcentage (%)
SOLTAN MH. [66]	Riyadhdaudi arabia	54.5
K. AKPADZA [34]	Togo	27.91
ALI HONOU [1]	Bénin	34.26
BOHOUSSOU [4]	Côte d'Ivoire	22.27
MA. ZHIRI [47]	Maroc	61
DIOUF A. [16]	Sénégal	60
BOUTALEB [5]	Maroc	7.8
DRABO A. [18]	Mali (Mopti)	24
DIALLO F.B. [14]	Niger	61.69
SIDIBE M. [67]	Mali (Sikasso)	18.9
NOTRE ETUDE	Mali(Mopti)	14.3

Les désunions de cicatrices utérines qui sont les formes de ruptures actuellement observées dans les pays fortement médicalisés, ne représentent que 14.3% dans notre série. Ces 8 cas sur 56 concernent des utérus uni cicatriciels.

Un tissu cicatriciel présente toujours moins de souplesse et d'élasticité que le tissu sain F. VENDITELLI [23].

Notre taux de rupture d'utérus cicatriciel est supérieur à celui de BOUTALEB [5] et comparable à celui de SIDIBE M [67].

8 – Les lésions anatomiques

Dans notre étude une parturiente est décédée avant l'intervention. Le siège de la rupture est très variable. Il s'agissait d'une rupture complète dans 51 cas (91%) contre 5 cas de ruptures incomplètes soit 9%.

Le siège de la rupture était segmentaire dans 51cas (91%) segmento-corporéale dans 4 cas (7%) et typiquement corporéale dans 1 cas (2%) des cas.

Dans notre étude les ruptures complètes sont de loin les plus fréquentes comme chez la plupart des auteurs contemporains BOHOUSSOU K. [4],

DIOUF A.[16], LOBAUGH M.L [41], LEUNG AS.[39], M. COSSON .[48], ZIADEH SM.[75].

Cependant, ce taux de ruptures complètes est comparable à celui de K. AKPADZA [34] (90,75%).

Selon MA. ZHIRI [47] la rupture siège de préférence au niveau du segment inférieur, ce qui est conforme aux constatations faites dans notre étude.

Les principales lésions associées à la rupture utérine sont représentées par la déchirure du col utérin 1cas (4.8%), la déchirure du vagin 2cas (9.5%), lésions vésicales 7cas (33.3%) et des lésions du pédicule utérin 11cas (52.4%), Diouf A. [16] trouvé dans son étude 20 cas d'hématome du ligament large, 5 cas de lésions du pédicule et 1 cas de plaie vésicale.

9 – Les aspects thérapeutiques de la rupture utérine

La rupture utérine étant une urgence obstétricale majeure, le traitement doit être conduit sans délai. Ce traitement est surtout curatif, mais il peut également être préventif. Le traitement chirurgical doit être complété par celui du choc hypovolémique et de l'infection

9-1- Le traitement curatif de la rupture utérine

9-1- 1-Le traitement chirurgical

Tableau XXXXXXII : la répartition du taux de suture dans la littérature

Auteurs	Pays	%
SOLTAN MH. [66]	Arabie Saoudite	72.7
CHAMISO B. [7]	Ethiopie	5.3
DIOUF A. [16]	Sénégal	62
BOUTALEB [5]	Maroc	83
CHAMPAULT [8]	Cameroun	53
BOHOUSSOU [4]	Côte d'Ivoire	37.6
DOLO A. [17]	Mali	76.1
DRABO A. [18]	Mali (Mopti)	84
DIALLO F.B. [14]	Niger	56
K.V.S.TETE [37]	Togo	28
SIDIBE M. [67]	Mali (Sikasso)	96.1
NOTRE ETUDE	Mali	53

Le traitement de toute rupture reconnue est d'abord chirurgical. Il est encadré par la réanimation pré, per et post opératoire. Son but est d'assurer une hémostase correcte des lésions et si possible les réparer.

55 parturientes ont été opérées, soit 98,2%, l'une étant décédée au cours de la réanimation comme antérieurement annoncé. Les incisions ont été celles d'une laparotomie médiane sous ombilicale.

Au total 29 parturientes (53%) ont bénéficié d'une hystérorraphie en surjet au vicryl n°1. Aucune Hysterorraphie n'a été faite en points simples séparés, ni avec des points en X ou en U, aussi bien dans les césariennes que dans les ruptures. Nous n'avons enregistré aucun cas de lâchage. Cependant, F.VENDITELLI [23] trouve que Hysterorraphie au surjet est peu efficace et il la qualifie même de la plus mauvaise suture de l'hystérotomie.

En sachant que le service de gynéco obstétrique de l'hôpital régional de Mopti est entièrement tenue par deux gynécologues obstétriciens de différente nationalité, on pourrait penser que la pratique des points simples est une question d'école.

Nous remarquons dans notre série, 29 cas Hysterorraphie soit un taux de 53% des cas qui est très élevé par rapport aux taux d'autres auteurs CHAMISO B. [7], K.V.S.TETE [37], BOHOUSSOU K. [4]. Sur ces 29 parturientes 24 parturientes ont eu un suite opératoire simple soit un taux de 83% ; ce succès de Hysterorraphie chez nos parturientes pourrait s'expliquer par le choix judicieux des indications.

24 de nos patientes soit un taux de 43% ont subi une hystérectomie.

Il faut noter que 84% ont été opérées sous anesthésie générale et 16% sous rachianesthésie.

Tableau XXXXXXIII: la répartition du taux d'hystérectomie dans la littérature

Auteurs	Pays	%
CHAMISO B. [7]	Ethiopie	94.7
SOLTAN MH [66]	Arabie Saoudite	27.3
DIOUF A. [16]	Sénégal	94.3
HODONOU AK. [28]	Bénin	69.5
PICAUD A. [58]	Gabon	46.4
LU SANGAN [44]	Zaïre	29
DIAKITE M. [13]	Mali	29.26
SIDIBE M. [67]	Mali	3.9
NOTRE ETUDE	Mali	43

9-1-2-La réanimation : elle doit être, selon les cas, pré, per et post opératoire. Mais il n'y a pas de service de réanimation digne de ce nom ni de salle de réveil à l'hôpital régional de Mopti ainsi que de banque de sang.

Les ruptures fréquentes de stock de macromolécules dans les pharmacies hospitalières et même dans les officines privées constituent d'autres contraintes non moins importantes pour une réanimation de qualité. Pour la transfusion, les rares sachets de sang ne sont obtenus que par l'intermédiaire des donneurs familiaux qui sont les seuls donneurs et cela au prix d'une longue sensibilisation. C'est ainsi que 31 parturientes ont bénéficié d'une transfusion minimale. C'est dans cette situation que même les grandes opérées sont orientées directement sur les pavillons où les soins intensifs ne sont pas correctement suivis dans la plupart des cas.

9-1- 3-Le traitement de l'infection :

Le traitement de l'infection a été fait suivant les règles de la mono ou bithérapie chez la quasi totalité de nos patientes. Les associations utilisées ont été :

La monothérapie à base d'amoxicilline injectable puis relai par l'amoxicilline orale

La bithérapie à base de ciprofloxacine perfusion ou de metronidazole perfusion chaque fois que la rupture utérine est associée à un mort né macéré puis le relai par la forme comprimée.

C'est ainsi que 49cas (87.5%) ont bénéficié d'une monothérapie par amoxicilline et 7cas (12.5%) ont bénéficié d'une bithérapie par ciprofloxacine et metronidazole.

NB : ces médicaments se trouvent dans le kit gratuit de césarienne.

Le coût du traitement

Le coût est 100% gratuit pour les patientes et leurs parents car la prise en charge fait partie de la politique nationale de la gratuité de la césarienne instaurée en 2006 sur toute l'étendue du territoire national.

Le traitement préventif

Le traitement prophylactique est essentiel. La prévention des ruptures utérines passe par la maîtrise parfaite des différents facteurs de risques :

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

Le remplissage correcte des partogrammes et référer les parturientes dès que la zone d'alerte est franchie

Faire la promotion du planning familial

Savoir conduire l'épreuve de travail et l'arrêter au moment opportun.

Cas particulier des utérus cicatriciels et les ruptures provoquées par les accoucheurs

Toute femme ayant un utérus cicatriciel doit accoucher en milieu spécialisé.

Respecter les contre indications des manoeuvres obstétricales.

Faire une utilisation judicieuse des ocytociques en respectant les indications, les contre indications et les voies d'administration.

10 Pronostic

10-1- Pronostic maternel

Tableau XXXXXXIV : la répartition de la fréquence des décès maternels dans la littérature

Auteurs	Pays	%
CHEN LH. [12]	Singapore	3.8
CHAMISO B. [7]	Ethiopie	15.8
ZIADEH [75]	Jordanie	0
MA.ZHIRI [47]	Maroc	2.5
MILLER DA. [49]	USA	0
ECHYTEY [21]	Togo	4.24
BOHOUSSOU [4]	Cote d'Ivoire	14.06
DRABO A. [18]	Mali (Mopti)	32
I.H. ILOKI. [43]	Congo Brazzaville	6.7
DIALLO F.B. [14]	Niger	16
K.V.S TETE. [37]	Togo	1.79
SIDIBE M. [67]	Mali (Sikasso)	9.1
NOTRE ETUDE	Mali (Mopti)	13

Nous avons enregistré dans notre étude 7 décès (13%) au total dont 5 cas soit (71.4%) par choc hémorragique contre 2 cas soit (28.6 %) par septicémie.

Un décès constaté par septicémie 15 minutes après son admission au cours de la réanimation préopératoire car son état ne permettait pas une laparotomie d'urgence, un autre décès par arrêt cardiaque sur la table d'opération par choc hypovolémique a été enregistré.

Il est difficile de comparer le pronostic maternel des ruptures utérines en Afrique avec celui des pays développés où les ruptures sont essentiellement constituées par des désunions de cicatrices utérines.

Du point de vue de la morbidité, 7 cas de fistules vésico-vaginale ont été enregistrés.

Les complications tardives ont été la survenue de péritonite chez deux patientes. Ces patientes ont été prises en charge par le service de chirurgie.

Nous notons 5 cas de suppuration pariétale et 2 cas d'endométrite.

LH.ILOKI [43] dans son étude à Brazzaville au Congo a trouvé un cas de fistule vésico-vaginale (1,6%) et un cas d'occlusion intestinale (1,6%) associés à la rupture utérine.

10-2-Le pronostic fœtal

Tableau XXXXXXV: la répartition de la fréquence de décès foetal dans la littérature

Auteurs	Pays	Pourcentage
PICAU [58]	Gabon	95
P.CORREA [55]	Sénégal	92.2
K.AKPADZA [34]	Togo	90.70
BOUTALEB Y. [5]	Maroc	83
HODONOU AK. [28]	Togo	77.54
ECHITEY [21]	Togo	73.09
CHAMPAULT [8]	Cameroun	53
MA.ZHIRI [47]	Maroc	48
ZIADEH SM. [75]	Jordanie	46
MILLER DA. [49]	USA	31
F.VENDITTELLI [23]	France	0
DRABO A. [18]	Mali (Mopti)	84
NOTRE ETUDE	Mali (Mopti)	91

La mortalité foetale est très élevée, soit 91% des cas. Elle résulte de la souffrance foetale aigue qui est liée à l'arrêt de la circulation utéro-placentaire.

Dans la littérature, le pronostic foetal est sombre en cas de rupture utérine, surtout sur utérus sain.

Nous avons enregistré cinq enfants nés vivants. Les cinq avaient un score d'Apgar compris entre 7 et 10 à la 5^{ème} minute.

Sur les huit cas de rupture survenus sur utérus cicatriciels, trois enfants étaient vivants. Ce résultat est conforme aux données de la littérature où le pronostic foetal est jugé meilleur par rapport aux ruptures sur utérus sain grâce au fait qu'il y a peu d'hémorragie et de souffrance foetale.

1- CONCLUSION :

La rupture utérine est une urgence chirurgicale.

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

Les létalités maternelle et fœtale de cette affection sont respectivement de 13% et de 91%.

Les grandes multipares sont les plus affectées.

La désunion de cicatrice de césarienne, la dystocie mécanique et l'usage abusif des ocytociques sont les principales causes de cette complication de l'accouchement.

La prise en charge précoce par les différentes techniques chirurgicales (l'hystérorraphie et l'hystérectomie) a permis de réduire considérablement la mortalité et la morbidité liées à cette complication de l'accouchement.

2- RECOMMANDATION :

A l'endroit des communautés :

Une plus grande participation aux efforts de développement du système sanitaire du pays notamment l'extension de la couverture sanitaire et l'organisation du système de référence évacuation.

Une plus grande fréquentation des consultations prénatales et ce dès le début de la grossesse.

Eviter les retards dans les recours aux soins.

Accoucher dans les structures médicalisées.

Participer à la dotation de banque de sang par des volontaires.

A l'endroit des agents socio sanitaires :

Intensifier l'I.E.C à l'endroit des communautés en l'occurrence sur les risques liés à l'accouchement à domicile, le travail prolongé, les pratiques traditionnelles néfastes et la non reconnaissance des signes de complication de la grossesse.

Réussir une bonne organisation des services pour un meilleur accueil et prise en charge des parturientes

Faire des consultations prénatales de qualité.

Utiliser correctement le partogramme dans la surveillance du travail d'accouchement

Interpréter correctement les anomalies du partogramme en vue d'une référence à temps

Bonne qualification des agents de santé dans la prise en charge des urgences obstétricales.

A l'endroit de la Direction de l'hôpital Régional de Mopti

- Mettre en place un système de sécurité transfusionnelle
- Planifier la formation continue des agents dans la prise en charge de la grossesse et des urgences obstétricales.
- Créer un service de réanimation à l'Hôpital Régional.
- Equiper le service de gynéco obstétrique en matériel adéquat (ventouse, matériel de réanimation du nouveau né et d'épisiotomie, table d'accouchement, lits, cardiotocographe)
- Participer à la mise en œuvre et le fonctionnement du système de référence évacuation conformément à la politique nationale en périnatalité

A l'endroit des autorités politiques et administratives

Intensifier l'extension de la couverture sanitaire sur toute l'étendue du territoire national

Intensifier et généraliser l'organisation du système de référence évacuation dans les cercles.

Assurer l'équipement et le rééquipement des services de santé

Développer et améliorer les voies de communication, les moyens de transport et l'état des routes.

Mettre en place une banque de sang au niveau des hôpitaux et les autres structures de références

Repartir de façon satisfaisante et équitable les agents en fonction des besoins sur toute l'étendue du territoire national.

Il s'agit d'améliorer dans sa conception et son exécution une stratégie de l'accouchement à moindre risque à l'échelle nationale.

IX – REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

01 ALIHONOU E.; AGUESSY. ; AHYI B.; AKOCHOU.

Les ruptures utérines, facteurs favorisants et mesures prophylactiques.
Dakar Méd. ; 1983,28, 3,553-559

02-BEHRENS O.GOESCHEN K ,JACOB H, KAUFFELLS W.

Geburtseinleitung mit prostagladin E2-Gelbei Zustand nach sectio.
Geburstshilfe und frauen heikundi, 1994, 54, 3: 144-50

03 BLUM., GALLT., SHAMAYA A.

La rupture utérine, une catastrophe obstétricale . Rev. Fr. Gynécol.
obstét.1979,74,751-7552

04-BOHOUSSOU K. M., HOUPHOUET K.B., ANOMA M., SANGARET M. A.

Ruptures utérines au cours du travail. A propos de 128 cas Afr.Med. 1978,
17, (162), 467-478.

05-BOUTALEB Y., ADERDOUR M., ZHIRI MA.

Les ruptures utérines J. Gynécol. Obstet. Biol. Repr., 1982,11 :87-89

06-BAYO A.

Les ruptures utérines à propos de 58 cas recensés à l'hôpital Gabriel Touré.
Thèse de Médecine, Bamako, 1991, No1

07-CHAMISO B.

Ruptures of pregnant uterus in shashemene general Hospital, South, Shoa,
Ethiopia (a three year study of 5 cases Ethiopian Medical journal-33(4); 25,-
7, 1995 oct.

08-CHAMPAUL G.

Ruptures utérines. Expérience Africaine de 64 cas J.Gynécol.Ostét. Biol.-
Réprod1978, 7,4855-860.

09-CHAZOTTEC , CHELLY M, KHROUF M .

Catastrophic complications of prévious césarien section
Am j obstet gynécol, 1991 , 163, 3 :738-42.

10 CHELLI H, CHELLY M, KHROUF M.

Deux cas de rupture utérine sur corne rudimentaire
Tunisie médicale , 1987 ,65, 2 :143-147

11-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, p.31-33

12-CHEN LH ., TAN KM. , YEOGS.

A Ten-year review of uterine rupture in modern obstetric. Annals of the Academy of Medicine, Singapore 24(26): 830-51, 1995 nov.

13-DIAKITE M.

Les ruptures utérines. A propos de 4 cas observés à Bamako. Thèse de médecine Bamako, 1995, N°1

14-DIALLO F.B., IDIN. ,C . VANGEEDERHUYSEN., D. BARAKA., I. HADIZA., SAHABI., I. LABO.M. DARE., M.GARBA.

La rupture utérine à la maternité centrale de référence de Niamey (Niger) aspects épidémiologique et stratégies de prévention. Médecine d'Afrique Noire, 1998 :45(5)

15-DIOMANDE G.

Contribution à l'étude de l'accouchement dans les utérus antérieurement césarisés. A propos de 2041 cas colligés à la maternité du service de Gynécologie obstétrique du CHU de Cocody. Thèse de Médecine Abidjan 1993 N) 1504

16-DIOUF A.,DAO B.,DIALLO D., MORENRA P., DIADHIOU F.

Les ruptures utérines au cours du travail d'accouchement : expérience d'une maternité de référence à Dakar (Sénégal). Médecine d'Afrique Noire : 1995,42 (11) 594-597.

17-DOLO A ., KEITA B., DIABATE F.S., MAÏGA B.

Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 21 cas observés au service de gynéco obstétrique de l'hôpital national du Point G. Med. D'Afr. Noire : 1991, 3812, 133-134.

18-DRABO A.

Les ruptures utérines à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti : facteurs influençant le pronostic materno foetal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas. Thèse de Médecine Bamako .2000, N°7.

19-DRAVE N.A.

Etude rétrospective de la mortalité maternelle dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital national du point G de 1991 à 1994 : à propos de 103 cas Thèse de Médecine Bamako, 1996, N° 39.

20-DU JARDIN B., VANBALEN H.

L'initiative pour une maternité sans risque: quelles perspectives J. Gynécol. Obstét. Biol.-Reprod. 1991, 20, 397-405.

21-ECHYTEY NM.

Les ruptures utérines. A propos de 171 cas observés à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU de Lomé. Thèse de med. Fac. Des Sci. Med et Biol. ; Université de Bénin 1986.

22-FERMANDEZ H., DJANHAN Y., PAPERNIKE.

Mortalité maternelle par hémorragie dans les pays en voie de développement : quelle pratique proposée ? J. Gynécol. Obstét. Biol.-Réprod 1998, ... 687-692

23-F. VENDITTELLI., J.L. TABASTE., C.LABARCHEDE.

Rupture utérine sur utérus antérieurement césarisé. Revue de littérature à propos de deux cas. Rev. Fr. Gynécol-Obstét., 1993, 88, 5.

24-GAUTIER., VANBELL., VANBOGARERT LJ., DEMUYLDER E.

Rupture utérine réflexion à propos d'un cas spontané à mi-grossesse. J. Gynécol. Obstét Biol-Réprod 1985, 14 : 201-209.

25-GURGAN T., YARALI, H., URMAN B., DAGLI V., DOGANL.

Utérine rupture Following hysterectomy Lysis of synechia due to tuberculosis and uterus perforation. Human reproduction 11(2) : 294-3 1996 feb.

26-HECKEL S , OHL J, DELLENBACH P .

Rupture d'un utérus non cicatriciel à terme, après application intracervicale d'un gel de dinoprostone (Prepidil)

Rev fr gynécol obstet, 1993 , 88, 3 : 162-164 .

27-HEIJ H A, TE VELDEE R , CAIRNS JM

The treatment of rupture of the pregnant uterus. Analysis of 93 cases treated in a rural hospital in Zambia.

Int jr gynaecol obstet, 1984, 22: 415-420

28-HODONOU A.K.S., SCHMIDT H., VOVOR M.

Les ruptures utérines en milieu Africain au CHU de Lomé à propos de 165 cas. Med. Afr, noire 1983,30 :507-517

29-J. LANKOANDE., C.H. OUEDRAGO ., A. OUEDRAGO., B. DAO., B. KONE.

La mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou (Burkina Faso) à propos de 123 cas. Médecine d'Afrique noire : 1998,45(3) 187-90

30-KABA C.S.

Rupture utérine : considérations épidémiologiques et pronostic materno foetal dans un service de référence. A propos de 269 cas. Mémoire de certificat d'étude spéciale gynécologie obstétrique. Année 1993.

3-KAMINA P .

Dictionnaire d'anatomie (atlas), GO

32-KAMINA P.

Dictionnaire d'anatomie (Atlas), P-Z

33-KANE M

Les ruptures utérines. A propos de 61 cas observés à l'hôpital du point G (Bamako) Thèse de médecine, 1979,n°10.

34-K.AKPADZA., K.T.KOTOR SB., BAETA., A.K.S.HODONOU.

Les ruptures utérines au cours du travail au centre hospitalier de SOKODE (Togo) Médecine d'Afrique Noire : 1994,41(11) :604-1047.

35-KEITA N., DIALLO MS.,JAZY Y.,BARRY MD.,TOURE B.

Les ruptures utérines; A propos de 155 cas observés à Conakry (République de Guinée) J.Gynécol. Biol. Réprod.1989 ;18 :1041-1047.

36-KHAN H.

Rupture of the uterus. Journal of the Pakistan Medical Association 1993,43(9) 172-3

37-K.V.S TETE., E.D. DJAHOTO. K.F. FLAGO., AKPADZA., S. BAETA., A.K.S. HODONOU.

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

38-LANKOANDE J.,OUEDRAGO CH . , TOURE B .; OUEDRAGO A., DAO B.

Les ruptures utérines obstétricales à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou. Médecine d'Afrique Noire : 1998,41(1) : 604-607.

39-LEUNG AS, LEUNGE K PAUL RH

Uterine rupture after previous césarean delivery ; maternal and foetal consequences

Am j gynecol obstet, 1993,(169),4:945-50

40-LEUNG.A.S.,FARMER 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.j.Gynecol.obstet.,1993,(168),5:1358-63.

41-LOBAUGH M.L.,BAMMEL B.M.,DUKE.,WEBSTER B.W.

Utérine rupture during pregnancy in a with a history of hysteroscopic metroplasty.

Onbstet,and Gynecol.,1994,2: 9-3.

42-LONGOMBE A.O.,LUSI K.M.,NICKSON P.

Obstétric uterine in an rural area in Zaïre.

Tropical DOCTOR,1994,(24),2:90-3.

43-L.H. ILOKI ., D. OKONGO. , J.R.EKOUND ZOLA.

Les ruptures utérines en milieu Africain, 53 cas colligés au CHU de Brazzaville,J. Gynécol. Obstét., Biol.,Reprod ; 1994,23,922-25.

44-LUSANGA N ., TONIN R., TANDU U ., YANGA K.

Evolution des ruptures de l'utérus gravide dans la clinique universitaire de Kinshassa. A propos de 24 observations de 1973 à 1980. J. Gynécol.Obstét. Biol-Réprod. 1989, 12,755-761.

45-M. AKOTIONGA.,J.LANKOANDE.,M.J. GE.,B. KONE.

Les ruptures utérines à la maternité du CHU Yo : aspects epidemiologiques et cliniques.

Médecine d'Afrique Noire :1998,45(8/9) 508-10

46-LYNCH J.C.,PARDY J.P.

Utérine rupture and scar dehiscence: a five-year survey.

Anaesthesia & intensive care,1996 , (24),6 : 699-704

47-MA. ZHIRI., M. ADER DOUR., N . ZAHER.

Etude comparative de 2 séries de rupture utérine colligée au CHU-AVERROES de Casablanca de 1979 à 1981 et de 1984 à 1986. J.

Gynécol.Obstét. Biol.Réprod. 1989, 18,206-212.

48-M. COSSON., PH. DUFOUR., M. NAYAMA., D. VINATIER., JC. MONIER.

Pronostic obstétrical. Reprod .1995, 24,434-439.

49-MILLERDA G.,GOODWIN TM.,GHERMAN RB.,PAUL RH.

Intrapartum rupture of the unscarred uterus(Review) 18 Refs Obstetrics and gynecology-89(5pt 1):671-3 1997 May.

50-M. KONE., S. DIARRA.

Les ruptures uterines au cours de la grossesse Encycl med. Chir (Paris – France.Obstétrique 1995,N 4).5-080-A-10 78

51-MEICLER P.,DARAI E.,PINET C., RAOUST I.,COLAU J3.C.

Rupture utérine sur utérus cicatriciel méconnu.

Rev. Fr.Obstet.,1986,(81),1 :609-704.

52-MERGER R.,LEVY J.,MERCHIOR J.

Précis d'obstétrique, 1997, 5^{ème} édition.

53-NAVDIN F ., MUNYEMANAS., SEBAZINGU P ., CLERGET., GURNAUD JM.

Les ruptures utérines en Rwanda (à propos de 87 cas). Med. Trop.1983 ; 43 :37-43.

54-NGASSA P.C., SHASHA W ., KOUAM L., DOH A.S., KAMDOMMOYO J.

Les ruptures utérines au CHU de Yaoundé: Cameroun: une étude rétrospective sur 10 ans. 3eme congrès de la société Africaine de Gynécologie et d'obstétrique. Volume des Résumés ; Dec 1994.

55-P.CORREA.,F. DIADHIOU P.,M. DIOP.,S.BADIANE.

La rupture utérine hier et aujourd'hui , en milieu africain à Dakar.Bull.Soc Méd. ; d'Afr,Noire,Franc 1972 (XVII(2)228-234

56-PHELAN J.P.

Utérine rupture.

Clin .Obstet.Gynecol.,1990,(33) :432-7.

57-PHUAPRADIT W.,HERABUTYA Y.,SAROPALA N.

Utérine rupture and labor indction with prostaglandins.

Jr.of the medical association of Thialand, 1993,(76),5:292-5;

58-PICAUD A., NLOME., NZE AR., OGOWET N., MOUELY G.

La rupture utérine à propos de 31 cas observés au centre hospitalier de Libreville (Gabon). Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1989, 84, 5,411-16

59 RACHAGAN S.P.,RAMAN S.,BALASUNDRUM G.,BALAKRISHNAN S.

Rupture of the pregnant uterus: 21 years review .

Aust .N.Z.J.Obstet.,Gyneacol.,1991,(89),1:37-40.

60-RACHDI R.,MOUELHI C.,FEKIH M.A.,MASSOUDI L.,BRAHIM JH.

Les ruptures utérines : à propos de trente deux cas .

Rev .Fr .Gynecol.,Obstet., 1994(89),2 :77-89.

61-RACHID R., MOUELHIC., FEKIH A., MASSOUDI L., BRAHIM H.

Les ruptures utérines. A propos de 32 cas Rev; Fr. Gynecol. Obstét.,1994(2) 77-80

62-R.LECANNELIER.,P.CORREA.,DET J-P.

Conclusion à propos de 55cas de ruptures uterines observes à la maternité africaine.Janvier 1954-decembre1958. Bulletin de la societe medicale d'Afrique Noire de la langue française volume 5 n°2 1960 :133-137.

63-REKIK S., HALOUANNI L., REKIK R., AMOUS A., GHORBEL A.

Les ruptures utérines à la maternité de SFax, à propos de72 cas de 1980 à 1984.Tunisie med.1987,65 :243-246

64-R. MERGER., J. LEVY., J.MELCHIOR.

Précis d'obstétrique, 6ème édition, Masson, Paris? 1995

65-SEGUY B., CHAVINE J.MICHELON B.

Nouveau manuel d'obstétrique, (III), 2^{ème} édition

66-SOLTAN MH ., KHASHOGGU T., ADELUSI B.

Pregnancy following rupture of pregnant uterus international journal of gynaecology and obstetric, 52(1) : 42,1996 jan.

67-SIDIBE. M.

Ruptures utérines expérience d'une structure de deuxième référence (le service de Gynéco Obstétrique de l'hôpital de Sikasso) 00-M-100,1-3 ;70-90

68-TALEBZADEH H.

Les ruptures utérines à l'hôpital Shahpourde Tabriz. Rev. Fr.Gynécol.Obstét., 1978, 73,695-702.

69-THIERO M.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré : à propos de 160 cas Thèse Médecine Bamako 1985 n°17

70-TRAORE M., DIABATE 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 Mopti

71-TRAORE Y.

Les ruptures utérines à l'hôpital national du point G : facteurs influençant le pronostic materno foetal et mesures prophylactiques à propos de 180 cas. Thèse de Médecine Bamako, 1996, n) 27.

72-VEDAT A.,HASSAN B.,ISMAIL A.

Rupture of the uterus in labor : a review of 150 cases. Israel J.of medical sciences, 1993, (29),10:639-43.

73-WANIOREK A. Cité par F. VENDITTELLI.

Etude de différentes techniques de réparation de l'hystérotomie (Etude expérimentale sur les animaux gravides et non gravides) J. Gynécol.Obstét. biol.Reprod ; 1971,2 :167-178.

74-YARON Y.,SHENHAV M .,JAFFA A.J.,LESSING J.B.,PEYSER M.R.

Utérine rupture at 33 weeks gestation subsequent to hysteroscopie uterine perforation.

Am. Jr . Ogstet.Gynecol.,1994,3:786-7

75-ZIADEH SM., ZAKARIA MR.,SUNNAEL.

Obsetric uterine rupture in mort jordan journal of obstetrcs and gynacology Reasearch 22(3): 209-13,1996juin

76-ZINE S., ABED A., MOUELHIT., CHELLI H.

Les ruptures utérines au cours du travail à propos de 106 cas observés au centre de Maternite de Tunis (Tunisie). Rev ; Fr. Gynécol.Obstét.,1995 ,90, 3 ,166 ,173

FICHE D'ENQUETE

Rupture utérine

Fiche n°: /...../...../...../

I- Identification de la patiente

Date d'entrée: /...../...../...../

Prénom et nom :

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

Ethnie :

Résidence :

Commune de :

Cercle de :

Statut matrimonial :

1. mariée
2. célibataire
3. divorcée
4. veuve

Niveau d'étude :

1. analphabète
2. primaire
3. secondaire
4. supérieur
5. autres à préciser :

Profession :

1. sans profession
2. ménagère
3. élève / étudiante / diplômée sans emploi
4. salariée
5. commerçante
6. autres à préciser :

II- Admission

Mode d'admission :

1. évacuée
2. référée
3. venue d'elle-même

Moyen de transport :

1. ambulance
2. transport en commun
3. voiture personnelle
4. pinasse ou pirogue
5. autres à préciser :

Coût du transport (F CFA) :

Provenance (centre de santé ayant évacué) :

Distance parcourue :

Heure d'admission au centre ayant référé :

Heure de prise de décision d'évacuation :

Horaire fixe de départ effectif :

Délai d'admission (délai entre décision d'évacuation et d'admission à l'hôpital/heuses) :

.....

Motif d'évacuation :

Fiche de référence : 1. Oui 2. Non

Partogramme : 1. Non 2. Mal rempli 3. Bien rempli

III- Antécédents :

Médicaux :

1. diabète
2. HTA
3. drépanocytose
4. autre
5. aucun

Chirurgicaux :

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------|--------|
| 1. Césarienne | <input type="checkbox"/> | 1. Oui | 2. Non |
| 2. Myomectomie : | <input type="checkbox"/> | 1. Oui | 2. Non |
| 3. cure de fistule vésico-vaginale | <input type="checkbox"/> | 1. Oui | 2. Non |
| 4. aucun | | | |

Obstétricaux :

Gestité :/...../...../

Parité :/...../...../

Nbre d'enfant vivant :/...../...../

Intervalle intergenesique :/...../...../

Dernière césarienne :/...../...../

Nbre de césarienne :/...../...../

Délai de la dernière césarienne :/...../...../

IV- Grossesse actuelle :

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

Age :SA

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

CPN

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

Qualification de l'auteur :

Lieu :

VAT : 1. à jour 2. non à jour

Bilan biologique obligatoire : 1. complet 2. incomplet

Groupage : 1. fait 2. non fait

Autres :

Pathologies au cours de grossesse :

.....

Prophylaxie anti-palustre : 1. Oui 2. Non

V- Travail :

Début : date :/...../...../ heure :

Déroulement du travail :

1. à domicile
2. au CSCOM
3. CSRef
4. à l'hôpital

VI- Examen physique à l'entrée :

Général : TA :/ T° :/ Pouls :/

Conjonctives :

Obstétrical :

HU :/...../...../...../

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

Variété de présentation :

Position du dos :

BCF : 1. positif 2. négatif

Bassin : 1.normal 2. limite 3. rétréci

VII Examens para cliniques

GR+NFS **1.oui 2.non**

VIII- Diagnostic de la RU :

Diagnostic :

1. pré opératoire

2. per opératoire

3. post partum

IX- Lésions :

Nature de rupture : 1. complète 2. sous séreuse

Siège : 1. segmentaire 2. corporéale 3. segmento-corporéale

Lésions associées : 1. Oui 2. Non

Si oui à préciser :

X- Méthode de traitement :

1. Raphie sans ligature tubaire

2. Raphie avec ligature tubaire

3. Hystérectomie

XI Mode d'accouchement :

1. Accouchement voie basse

2. Laparotomie

XII Evolution :

Suites simples :

Complications :

1. Infection pariétale

2. Endométrite

3. Péritonite

4. Septicémie

5. Anémie

6. Phlébite

7. Décès préciser la cause :

Transfusion

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

Quantité reçue :/...../...../...../

Nouveau-né :

Poids : Taille :

Apgar : 1' : 5' : 10' :

Durée d'hospitalisation :/...../...../...../

Coût médical du traitement (transport, médicament, hospitalisation, acte) : /.../.../.../.../.../

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : KONARE

PRENOM : Fousseïni

TITRE DE LA THESE : rupture utérine à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti de Janvier 2006-December 2007
(à propos de 56cas)

ANNEE DE SOUTENANCE : 2008

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMPOS

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie obstétrique

RESUME :

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

Durant ces 24 mois d'étude nous avons enregistré 1927 accouchements dont 56 cas de ruptures utérines.

La fréquence de la rupture utérine est de 2,90%, les grandes multipares sont les plus affectées, la désunion de cicatrice de césarienne, la dystocie mécanique et l'usage abusif des ocytociques sont les principales causes de cette complication de l'accouchement. L'hystérorraphie a été pratiquée dans 53% des cas.

Les suites opératoires ont été simples dans 60% des cas. Les létalités maternelle et fœtale sont respectivement de 13% et de 91%.

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

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

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 pas 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 honneur si je suis fidèle à mes promesses.

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

Je le jure !