

*MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE*

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO**

**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

N°.....

THESE

PRONOSTIC MATERNO-FOETAL DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2019 devant la Faculté
de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par M. Mama dit Korokoï SAMASSEKOU

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

Jury

PRESIDENT : Pr Abdoul Aziz DIAKITE

MEMBRE : Dr Konimba KONE

CO-DIRECTEUR: Dr Pierre COULIBALY

DIRECTEUR: Pr Tioukani THERA

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENS**

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A ALLAH le tout puissant, le très miséricordieux et à son **Prophète (paix et salut sur lui)**, pour m'avoir donné la santé et le courage de mener à bien ce travail.

A feu mon père Boubacar SAMASSEKOU

Tu as été pour moi, un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans L'accomplissement du travail bien fait. Tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice.

Tu as toujours été soucieux de l'avenir de toute la famille. Ce travail est le témoignage de tous les sacrifices que tu as consentis pour moi.

Ce travail est le fruit de tes conseils, de ton estime et de ta confiance.

Que ton âme repose en paix.

A ma mère Fatoumata SAMASSEKOU

Mah, rien ne peut contre la volonté de Dieu. Ces phrases n'exprimeront pas assez tout ce que je ressens ce jour, tu as pris soin de nous.

Tu nous as toujours protégé. Femme dynamique, généreuse, loyale, joviale, sociable, attentionnée, croyante, naturelle et infatigable. Tes conseils, tes encouragements, tes câlins, tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. Voici le fruit de ton amour et de tes sacrifices. Que le Tout Puissant te donne la bonne santé et te garde aussi longtemps auprès de nous.

Puisse ce travail te donne le réconfort et la fierté, mais aussi le témoignage de mon grand amour.

A mes tontons feu Oumar SAMASSEKOU, Lamine SAMAKE, Bory DEMBELE.

Vous avez fait de moi votre fils.

Sachez que ce travail est le fruit de ce que vous avez souhaité.

Puisse Dieu vous garde longtemps encore parmi nous pour goûter aux fruits de ce que vous avez semé. Amen

A mes frères et sœurs : Soumaila, Apho, Ladji, Dicko, Penda, Soumaiya, Nouhoum. Djoundou, Lassine, Oumou.

PRONOSTIC FOETO-MATERNEL DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

Je voudrai que vous trouviez dans ce travail, le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard. Ce travail est le vôtre, courage et bonne chance ; puisse le lien de sang nous unis davantage.

A mes tantes : Pama NIAPOGOU, Assa PAMATA, Nere KOMOTA, Natomo CISSE, Farmata CISSE, Nadjeren CISSE, djénéba TRAORE, Djénéba SAMAKE....

Vous êtes merveilleuses, comme une mère, vous avez été soucieuses de mon propre avenir. Merci infiniment pour tout ce que vous avez fait pour moi. Vos conseils, vos bénédictions et votre soutien perpétuel, ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est tout à fait à votre honneur. Puissions-nous demeurer unis par la grâce de Dieu. Qu'ALLAH vous donne une santé de fer.

A mes cousins et cousines

Vous m'avez considéré comme votre frère, votre esprit solidaire et votre admiration pour moi m'ont toujours exhorté à plus de persévérance afin de vous donner un bon exemple ; je vous souhaite bon courage et plein succès dans la vie. Ce travail est aussi le vôtre ; que la paix et l'entente règnent toujours entre nous.

A mes compagnons de lutte de la colline du Point-G : Ali Alassane TRAORE, Amadou SARANPO, Nouhoum SAMASSEKOU, Issaka GUINDO, Djoubalo TRAORE, Arouna DOUMBIA, Boureima TRAORE, Cheick SIDIBE, Aboubacar Sidiki SOGODOGO, Boureima GUINDO, Ibrahim GUINDO, Sory Ibrahim KANTA, Boubacar SANTRA, Djibril DIANCOUMBA, Mohamed El Moctar CISSE, Adama COULIBALY.

Vous avez été pour moi plus qu'une famille durant les périodes difficiles. Recevez-ici toute ma profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

A mon pays natal, le Mali :

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation gratuite et sans discrimination de race ou de religion. Tu traverses un moment difficile de ton histoire mais nous ferons de toi "*Un Mali émergent* ».

A la FMOS/FAPH

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour moi une école de formation pour la vie. Je ferai partout ta fierté.

Remerciements infinis.

A toute la 8^{ème} promotion du Numérus clausus :

Ce travail est le vôtre.

Aux familles :

SAMAKE et DEMBELE à Mopti

KONIPO à Niamankoro-coura

KEMESSO à Garantibougou

A toute la famille SAMASSEKOU

Aux frères et sœurs de l'AERMOS "Association des étudiants ressortissants de la Région Mopti et sympathisants "l'espoir de la Venise Malienne.

Mes sincères remerciements :

A tout le personnel de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti particulièrement à ceux du service de gynécologie et d'obstétrique.

Je vous suis très reconnaissant pour le précieux enseignement reçu, c'est l'occasion de vous rendre un vibrant hommage. Merci infiniment pour les connaissances acquises auprès de vous.

A mes maîtres Dr Pierre COULIBALY, Dr BAGAYOGO dit Seydou Nanko, Dr Seydou MARIKO :

Pour les bons conseils et les encouragements.

A tous mes tontons et toutes mes tantes : Le travail est le vôtre.

A tous mes beaux-frères et toutes mes belles sœurs,

Vous êtes si nombreux mais aussi précieux l'un comme l'autre, que je n'ose pas vous citer de peur d'en omettre, recevez à travers ce travail toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude.

A tous mes neveux et mes nièces

Afin que vous trouviez dans ce travail un modèle.

A mes aînés et compagnons docteurs :

Mme KEITA Mariam TEMBOURA, Hamadoun NIANGALY, Oumar DOLO, Adama SAMASSEKOU, Tieba SIDIBE, Babou COULIBALY, Adama TOE, Abdoulaye DEGOGA, Mohamèd TRAORE, Issa SY....

Recevez ici ma profonde gratitude. Que le bon DIEU puisse consolider davantage nos liens.

A tous mes maîtres,

Depuis la maternelle, le primaire, le secondaire et la faculté de médecine de Bamako. Voici votre œuvre commune, gratitude infinie.

Au personnel de la clinique Étoiles, Komodi, à Sévaré, particulièrement à Docteur Ibrahim SIMA...

A tous mes amis et compagnons avec qui j'ai partagé des moments de joie et de peine, vous êtes si nombreux mais aussi précieux l'un comme l'autre, que je n'ose pas vous citer de peur d'en omettre, recevez à travers ce travail toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude.

MERCI à tous du fond du cœur. Que le bon DIEU consolide davantage nos liens d'amitié.

A tous ceux qui, de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail, merci infiniment.

**HOMMAGE
AUX
MEMBRES DE JURY**

A notre maître et président du jury :

Professeur Abdoul Aziz DIAKITE

- **Maître de conférences de la pédiatrie à la faculté de médecine et d'odontostomatologie ;**
- **Spécialiste d'hématologie pédiatrique ;**
- **Responsable de l'unité de prise en charge de la drépanocytose au service de pédiatrie CHU-GT ;**
- **Chef de service de pédiatrie générale du CHU-GT ;**
- **Diplômé universitaire en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses tropicales ;**
- **Président de la commission médicale d'établissement du CHU-GT ;**
- **Membre d'association des pédiatres d'Afrique noire francophone ;**
- **Membre de l'Association Malienne de Pédiatre.**
- **Président du groupe technique consultatif pour vaccin et la vaccination au mali ;**

Cher maitre,

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement théorique a la faculté de médecine.

Votre simplicité, votre savoir médical, votre rigueur scientifique et vos qualités humaines, font de vous une référence pour l'univers étudiantin.

Cela nous honore que vous ayez accepté de diriger ce travail, mais ceci ne nous étonne guère, car votre amour du partage est sans égal.

Trouvez ici cher maitre, le témoignage de nos remerciements et de notre profonde gratitude. Que Dieu tout Puissant vous bénisse et vous aide dans la réalisation de vos projets.

A notre Maître et Juge :

Docteur konimba KONE

- **Médecin Gynécologue obstétricien.**
- **Praticien hospitalier au C.H.U. du Point G.**

Cher maître,

Nous avons été touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être membre de ce jury, malgré vos multiples occupations.

Votre dynamisme, votre simplicité, sens du travail bien fait, vos qualités humaines et votre démarche scientifique ont forcé notre admiration.

Recevez ici cher maître, notre plus haute considération. Que Dieu vous assiste durant toute votre vie.

A notre Maître et Co-Directeur :

Docteur Pierre COULIBALY

- **Gynécologue- Obstétricien ;**
- **Chef de service de la Gynécologie- Obstétrique de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti ;**
- **Président de la Commission Médicale d'Etablissement à l'HSD de Mopti ;**
- **Chargé de recherche au compte de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.**

Cher Maître,

Votre souci constant du travail bien fait, votre art de transmettre le savoir et votre attachement à la formation correcte de vos élèves font de vous un maître de référence.

Votre abord facile et la qualité de votre enseignement ne peuvent que soutenir et rehausser l'amour pour la Gynécologie- Obstétrique.

Recevez ici l'expression de toute notre profonde gratitude et notre haute considération. Que Dieu vous assiste durant toute votre vie.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR

Pr Tioukani Augustin THERA

- **Maître de conférences en Gynécologie Obstétrique à la FMOS ;**
- **Ancien chef de service de l'Hôpital Niamakoro FOMBA de Ségou**
- **Chef de service de Gynéco-Obstétrique du CHU du Point G**

Cher Maitre,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme directeur de thèse, merci d'avoir inspiré ce travail et de l'avoir dirigé malgré vos multiples occupations.

Votre sympathie, votre enthousiasme et votre ardeur au travail nous ont beaucoup impressionnés tout le temps passé à vos côtés. Vous êtes toujours resté ouvert à nos multiples sollicitations et votre rigueur dans le travail ainsi que vos compétences techniques et scientifiques forcent l'admiration

Permettez-nous de vous exprimer à travers ce travail, toute notre gratitude, notre admiration et notre profond respect.

Que Dieu tout Puissant vous bénisse et vous aide dans la réalisation de vos projets.

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

BDCF : Bruit du cœur fœtal

CHU : Centre hospitalier universitaire

CPN: Consultation prénatale

CRP : Protéine C réactive

CU : Contractions utérines

CSREF CV : centre de santé de référence de la commune V

DAO : Diamine oxydase

ECBU : Examen cyto bactériologique des urines

EDS : Enquête démographique de santé

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto – Stomatologie

HRP : Hématome retro-placentaire

HTA : Hypertension artérielle

IC : Intervalle de confiance

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LA : Liquide amniotique

OMS : Organisation mondiale de la santé

OR: odds ratio

P : Probabilité

PP: Placenta prævia

P V : Prélèvement vaginal

RPM : Rupture prématurée des membranes

SA : Semaine d'aménorrhée

SFA : Souffrance fœtale aiguë

TV : Toucher vaginal

% : Pourcentage

TABLE DES MATIERES

PRONOSTIC FOETO-MATERNEL DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

Table des matières

INTRODUCTION	2
I.OBJECTIFS	5
1.1. Objectif général :.....	5
1.2. Objectifs spécifiques :.....	5
II.GENERALITES.....	7
1. Définition :.....	7
2. Physiopathologie :.....	7
3. Etiologie de la RPM.....	9
4. Diagnostic positif :.....	10
5. Diagnostic différentiel [12] :.....	13
6. Complications :.....	13
7. Prise en charge de la RPM :	15
III. METHODOLOGIE.....	20
V. RESULTATS.....	33
VI. Commentaires et discussions	50
VII. CONCLUSION	59
VIII.RECOMMANDATIONS	61
IX. REFERENCES	63
ANNEXES	67
FICHE D'ENQUETE	68
FICHE SIGNALITIQUE	72
SERMENT D'HYPPOCRATE	74

LISTES DES TABLEAUX

PRONOSTIC FOETO-MATERNEL DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

Listes des tableaux :

Tableau I : répartition des gestantes selon l'âge.....	50
Tableau II : répartition des gestantes selon la profession.....	50
Tableau III : répartition des gestantes selon le niveau d'instruction.....	51
Tableau IV : répartition des gestantes selon le statut matrimonial.....	51
Tableau V : répartition des gestantes selon les moyens de transports.....	51
Tableau VI : répartition des gestantes selon le motif d'admission.....	52
Tableau VII : répartition des gestantes selon les antécédents médicaux.....	52
Tableau VIII : répartition des gestantes selon les antécédents chirurgicaux.....	53
Tableau IX : répartition des gestantes selon la gestité.....	53
Tableau X : répartition des gestantes selon la parité.....	53
Tableau XI : répartition des gestantes selon l'ATCD de rupture prématurée des membranes.....	54
Tableau XII : répartition des gestantes selon le nombre de consultation prénatale.....	54
Tableau XIII : Répartition des gestantes selon la qualification du prestataire de la CPN.....	55
Tableau XIV : Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse au moment de la RPM.....	55
Tableau XV : Répartition des gestantes selon la température corporelle.....	55
Tableau XVI : répartition des gestantes selon la hauteur utérine.....	56
Tableau XVII : répartition des gestantes selon la contraction utérine.....	56
Tableau XVIII : répartition des gestantes selon la présentation du fœtus.....	56
Tableau XIX: répartition des gestantes selon le bruit du cœur du fœtus.....	57
Tableau XX : répartition des gestantes selon les circonstances de survenue de la RPM.....	57
Tableau XXI : répartition des gestantes selon la couleur du liquide amniotique.....	57

PRONOSTIC FOETO-MATERNEL DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

Tableau XXII : répartition des gestantes selon l'état du col.....	58
Tableau XXIII : répartition des gestantes selon la réalisation de l'ECBU.....	58
Tableau XXIV : répartition des selon la réalisation de la CRP.....	58
Tableau XXV : répartition des gestantes selon le résultat de l'échographie.....	59
Tableau XXVI : répartition des gestantes selon l'Antibiothérapie.....	59
Tableau XXVII : répartition des gestantes selon la corticothérapie.....	59
Tableau XXVIII : répartition des gestantes selon la tocolyse.....	60
Tableau XXIX : répartition des gestantes selon le mode d'entrée en travail.....	60
Tableau XXX : répartition des gestantes selon le produit utilise pour le déclenchement/ maturation cervicale.....	60
Tableau XXXI : répartition des gestantes selon le mode d'accouchement.....	61
Tableau XXXII : Répartition des gestantes selon les indications de la césarienne 1/2.....	62
Tableau XXXIII : Répartition des gestantes selon les indications de la césarienne 2/2.....	63
Tableau XXXIV : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar.....	64
Tableau XXXV : Répartition des nouveau-nés selon le sexe.....	64
Tableau XXXVI: Répartition des nouveau-nés selon le poids.....	64
Tableau XXXVII : Répartition des nouveau-nés selon la taille.....	65
Tableau XXXVIII : Répartition des nouveau-nés selon qu'ils ont été réfère ou non.....	65
Tableau XXXIX : Répartition des nouveau-nés selon les motifs de références.....	65
Tableau XXXX : Répartition des gestantes selon le pronostic materno-fœtal.....	66

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La rupture prématurée des membranes(RPM) est définie comme une rupture de la poche des eaux (amnios et chorion) avant le début du travail. Bien que la majorité des RPM se produise au-delà de 37 semaines d'aménorrhée (SA), une part non négligeable survient avant ce terme de la grossesse [1]. Cette définition inclut les fissurations de la poche des eaux et exclut les ruptures en cours du travail. Certains auteurs considèrent comme prématurée toute rupture des membranes survenant avant le début des contractions, alors que pour d'autres, le diagnostic nécessite une phase de latence minimale supérieure à 1 heure, 12 heures voire 24 heures, avec une tendance vers un consensus de 12 heures. Ces différences de définitions expliquent les variations dans les fréquences et les résultats rapportés [2].

Du fait des variations de définition, la fréquence de la RPM varie de 3 à 18 % des accouchements et elle semble en diminution grâce à l'amélioration du niveau sanitaire des populations et de la plus grande précision des diagnostics [4]. Avant 28 SA, les RPM sont rares, de 1 à 7/1 000 grossesses, mais elles sont graves car elles ajoutent à la grande prématurité et au risque infectieux les conséquences de l'oligoamnios, c'est-à-dire entre autres l'hypoplasie pulmonaire [4].

En pratique, le taux de ruptures à terme avant le travail est de 8 % [7] et celui des ruptures prématurées avant terme de 3 % des grossesses [5]

Au Mali la rupture prématurée des membranes reste encore une pathologie fréquente au cours de la grossesse.

Les maternités de l'hôpital national du point G, du CHU Gabriel Touré et celle du CSREF CV rapportent des taux de 2,70% pour les deux première maternités et 1,6% pour celle du CSRF CV [8].

Cependant aucune étude à ce jour n'avait été portée sur le pronostic materno-fœtal de la RPM dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital

PRONOSTIC FOETO-MATERNEL DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

Somine Dolo de Mopti. C'est pourquoi nous avons initié cette étude pour évaluer le pronostic maternel et fœtal de la rupture prématurée des membranes.

OBJECTIFS

I.OBJECTIFS

1.1. Objectif général :

- Evaluer le pronostic maternel et foetal de la rupture prématurée des membranes à l'Hôpital Somine Dolo de Mopti.

1.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la RPM à l'hôpital Somine Dolo de Mopti ;
- Préciser le profil sociodémographique des gestantes.
- D'écrire la prise en charge de la RPM à l'hôpital Somine Dolo de Mopti ;
- Déterminer le pronostic maternel et foetal de la RPM.

GENERALITES

II.GENERALITES

1. Définition :

La littérature ne donne pas une définition univoque de la RPM, mais on retient comme critère diagnostique principal toute rupture avérée de la poche des eaux avant le début du travail, quel que soit le terme de la grossesse [6]. Cette définition fait l'objet de controverse, en effet, on considère deux critères :

- Un critère anatomique : il s'agit d'une ouverture de l'amnios et du chorion, mettant en communication la cavité amniotique avec le milieu vaginal, cette ouverture se situe le plus souvent au pôle inférieur, tout en incluant les fissurations synonymes de rupture haute.
- Un critère chronologique : la RPM se situe par rapport au début du travail et non par rapport au terme, le problème est le diagnostic du début du travail qui est presque difficile à préciser, surtout dans les études rétrospective la latence minimale à exiger avant le début des contractions utérines est variable selon les auteurs (de 0 à 12h) ; avec une tendance vers un consensus sur un intervalle de 12h [1]. Mais, la plupart des auteurs définissent la RPM quand elle survient avant le début du travail sans autre précisions.

2. Physiopathologie :

2.1. Rappel histologique :

Les membranes fœtales constituent une interface entre la mère et le fœtus. Elles sont composées d'une juxtaposition de trois couches l'amnios et le chorion d'origine fœtale et la décidua d'origine maternelle [7].

2.2. Physiologie du liquide amniotique et des membranes :

2.2.1 Physiologie du liquide amniotique :

Le liquide amniotique est un fluide biologique essentiel au développement du fœtus durant la grossesse. Son flux de production varie durant la grossesse [9].

Au cours de la première moitié de la grossesse, le liquide amniotique se compose principalement d'eau provenant de la mère, après environ 12 SA la

production du liquide amniotique est également assurée par la diurèse fœtale et les sécrétions pulmonaires.

L'élimination se fait par la déglutition fœtale [10].

- Rôle du liquide amniotique [3] :
- ✓ Protéger le fœtus des chocs extérieurs ;
- ✓ Protéger le fœtus des infections grâce à son activité antibactérienne ;
- ✓ Ménager l'espace nécessaire au développement du fœtus en agrandissant la cavité utérine. Cet espace permet au fœtus de bouger, ce qui favorise le bon développement des muscles et des os ;
- ✓ Assurer la croissance et le développement normal des poumons et du système gastro-intestinal.

2.2.2. Physiologie des membranes :

La dégradation membranaire est un phénomène physiologique qui est observé tout au long de la grossesse. Elle est indispensable à la croissance et au renouvellement des membranes.

Deux mécanismes principaux sont mis en jeu :

- ✓ L'apoptose, ou mort cellulaire programmée.
- ✓ Les matrix métallo-protéinases : il s'agit d'une famille d'enzyme retrouvée essentiellement dans l'épithélium amniotique et les cellules trophoblastiques chorioniques et qui ont une activité protéolytique dirigée contre le collagène.

Tout au long de la grossesse, il existe un équilibre entre le processus de dégradation et de renouvellement membranaire qui assure la solidité membranaire et permet une adaptation à la croissance fœtale.

Dans certaines conditions, il peut exister une modification de cet équilibre entraînant une fragilisation des membranes qui peut aboutir à la rupture des membranes [7].

3. Etiologie de la RPM

3.1. Infection :

Est le mécanisme majeur de la RPM.

Plusieurs hypothèses ont été avancées afin d'expliquer le lien entre infection et prématurité : [10].

Les phospholipases bactériennes pourraient être à l'origine du déclenchement du travail en dégradant les phospholipides membranaires en acide arachidonique, principal précurseur des prostaglandines.

- La synthèse de métalloprotéase par l'endotoxine des bactéries à gram négatif.
- La réaction inflammatoire supportée par les polynucléaires neutrophiles et les monocytes recrutés qui produisent des cytokines (IL1 et IL2) des protéases et des prostaglandines qui stimulent l'activité des collagénases en dégradant le collagène de type III.

3.2. Défaut d'accolement membranaire :

Les accolements des différentes couches membranaires sont des étapes nécessaires dans le développement des membranes.

Le défaut d'accolement membranaire complet a été associé à la survenue de naissances prématurées, d'avortements et de morts fœtales in utero. L'origine de ce défaut d'accolement est inconnue à ce jour [7].

3.3. Facteurs mécaniques :

L'hydramnios et les grossesses multiples apparaissent comme des facteurs de risque important de RPM, par augmentation de la tension membranaire [7].

Une fragilisation anormale des membranes par un placenta prævia ou une béance cervico-isthmique est également impliquée dans la survenue d'un certain nombre de RPM [11].

L'amincissement des membranes apparaît plutôt généralisé lorsque l'on s'approche du terme et plutôt focalisé lorsque la RPM survient avant terme [11].

3.4. Facteurs traumatiques :

On distingue deux origines [11] :

- ✓ Iatrogènes : Gestes invasifs endo-utérins (biopsie du trophoblaste, ponctions du cordon, amniocentèse et différents gestes à visée thérapeutique), accident pendant le cerclage, l'amnioscopie et les touchers vaginaux répétés ;
- ✓ Physiologiques : CU (Braxton Hicks), pression barométrique et les mouvements fœtaux ;

3.5. Facteurs favorisants :

Certaines femmes et certaines situations sont à risque accru de survenue d'une RPM [6] :

- ✓ Bas niveau socio-économique ;
- ✓ Multiparité ;
- ✓ Dénutrition ;
- ✓ Tabagisme ;
- ✓ Travail Pénible.

A travers ces aspects étiologiques, il convient de relever que la détermination d'un profil spécifique est d'une étiologie précise de la RPM reste difficile du fait de l'origine multifactorielle de celle-ci, ce qui en partie explique les variations notées dans le pronostic et la conduite à tenir obstétricale.

4. Diagnostic positif :

4.1. Diagnostic clinique :

4.1.1. Signes fonctionnels :

La RPM occasionne classiquement une perte de liquide clair en dehors du travail qui amène la patiente à consulter. L'écoulement est le plus souvent abondant, continu, de survenue brutale, et peut parfois se répéter dans le temps imprégnant en permanence les garnitures [2].

4.1.2. Examen clinique [12] :

- ✓ La prise du poids, de la taille, de la tension artérielle, et de la température à la recherche d'une infection cliniquement patente ;
- ✓ La mesure de la HU qui est diminuée par rapport à l'âge gestationnel ;
- ✓ L'auscultation des BCF ;
- ✓ L'examen au spéculum stérile permet d'apprécier l'aspect du liquide provenant du col, dans les cas moins évidents, il peut être objectivé par la mobilisation de l'utérus, le changement de position ou la toux ;
- ✓ Le toucher vaginal pratiqué avec de grandes précautions d'asepsie à fin d'apprécier l'état du col, le type de présentation et le bishop et vérifie l'absence de procidence du cordon. Le toucher vaginal est actuellement déconseillé dans le cas où la patiente n'est pas en travail pour éviter le risque infectieux.

4.1.3 Diagnostic paraclinique :

➤ Tests diagnostiques :

Les tests diagnostiques sont à réserver aux patientes pour lesquelles l'examen sous spéculum n'a pas été contributif. Mais aucun d'entre eux n'a fait l'unanimité jusqu'à ce jour [13].

- Test de cristallisation ou Ferning test:

Un échantillon de liquide est prélevé au niveau de l'orifice externe du col puis étalé sur une lame et séché à l'air ou à la chaleur.

La présence du liquide amniotique donne une cristallisation sous forme de structures arborescentes visible au microscope [13].

- Dosage de la diamine oxydase (DAO):

La diamine oxydase est une enzyme sécrétée par le placenta ; elle est présente dans le liquide amniotique et le sang maternel dès 20 SA et ce jusqu'à terme.

Le test consiste à appliquer un papier buvard dans le vagin sans aucune désinfection vulvo-vaginale préalable et en évitant tout contact avec le col utérin

(saignements entraînant des faux positifs). Ce test est positif si présence de DAO au niveau du vagin [12].

- Mesure du PH vaginal par la Nitrazine :

Recherche une élévation du pH endocervical ou vaginal par simple réaction colorimétrique. Le pH endocervical est normalement acide (4,5 – 5,5) et devient alcalin en présence de liquide amniotique [13].

- Dosage de l'Alpha-foeto-protéine (AFP) :
- L'AFP est présente dans le liquide amniotique dès 16 SA, date à laquelle son taux est le plus élevé ; sa concentration va ensuite diminuer avec le terme de la grossesse [13].

- Dosage de la fibronectine :

La présence de cette glycoprotéine permet d'affiner le diagnostic lorsque le ferning test est négatif, mais cet examen est coûteux et n'est pas aussi sensible que le ferning test [12].

- Dosage du facteur de croissance de l'insuline (IGF) :

L'IGF est présent à des taux élevés dans le liquide amniotique pendant toute la gestation.

Par ailleurs, sa concentration intra-amniotique est de 100 à 1 000 fois plus élevée que dans le sérum maternel. Enfin, elle n'est détectée ni dans les urines ni dans le sperme. Ainsi la recherche d'IGF avec Actim-Prom est un test rapide et simple et semble être un marqueur fiable pour le diagnostic ou l'exclusion de la RPM [13].

- Dosage de l'HCG dans le liquide vaginal :

La détection de l'HCG dans le liquide vaginal est une méthode alternative raisonnable dans le diagnostic de la RPM [13].

- Autres [13] :

- Les tests utilisant les colorants ou la fluorescéine nécessitent une amniocentèse et sont plus invasifs.
- La recherche de cellules fœtales en cytologie est également possible.

4.1.4. Marqueurs biologiques et prélèvements bactériologiques :

Les marqueurs sanguins de l'infection (compte de leucocytes, dosage de la protéine C réactive [CRP]) sont peu spécifiques et ont une sensibilité moyenne.

Un prélèvement vaginal pour examen bactériologique est réalisé au cours de l'examen au spéculum. L'examen direct est insuffisant. La culture est indispensable [2].

L'ECBU est réalisé afin de dépister une bactériurie asymptomatique.

Il permet également de mettre en évidence les bactéries de portage vaginal.

4.1.5. Echographie obstétricale :

L'échographie est un examen complémentaire utile pour le diagnostic de RPM, en quantifiant l'abondance du liquide amniotique et en témoignant d'un oligoamnios. Tout en sachant qu'il existe d'autres causes d'oligoamnios autre que la RPM [12].

5. Diagnostic différentiel [12] :

- ✓ Rupture d'une poche amniochoriale ;
- ✓ Incontinence urinaire ;
- ✓ Hydrorrhée déciduale,
- ✓ Infection cervico-vaginale.

6. Complications :

6.1. Complications maternelles :

6.1.1. Infection du liquide amniotique : chorioamniotite.

L'association entre RPM et infection amniotique est largement reconnue dans la littérature. Toutefois la relation de cause à effet n'est pas consensuelle [2]. Le diagnostic est basé sur des signes cliniques non spécifiques : température maternelle supérieure à 38 °C, tachycardie maternelle, tachycardie fœtale, douleurs utérines, liquide amniotique nauséabond, compte de globules blancs sanguins supérieur à 15 000, augmentation de la CRP. Malheureusement, aucun de ces signes n'est spécifique et il n'existe pas de marqueurs précoces de l'infection amniotique.

Le diagnostic est généralement porté devant une fièvre maternelle associée à l'un des autres signes [12].

Certains auteurs se réfèrent à l'étude bactériologique du liquide amniotique pour rechercher les germes responsables et adapter l'antibiothérapie chez la mère [12].

6.1.2. Autres complications maternelles :

Elles sont représentées essentiellement par une accentuation du taux de césarienne, d'endométrite et des risques thromboemboliques secondaires à l'alitement prolongé [14].

6.2. Complications fœtales :

6.2.1. Prématurité :

La RPM s'accompagne d'un accouchement dans les 24 premières heures dans 60 % des cas, et donc expose au risque de prématurité.

La prématurité expose à deux grands risques :

- ✓ La maladie des membranes hyalines due à un déficit en surfactant alvéolaire.
- ✓ L'hémorragie intracérébrale due au traumatisme obstétrical et constitue une cause importante de mortalité chez les grands prématurés [12].

6.2.2 Infection :

Sa fréquence est entre 4 à 29 % chez les nouveaux nés issus de RPM.

Cette fréquence est proportionnelle à l'âge gestationnel et à la durée de rupture [6].

6.3. Autres complications [12] :

- Les conséquences de l'oligoamnios :
 - ✓ L'hypoplasie pulmonaire.
 - ✓ Les déformations mécaniques.
 - ✓ Le RCIU.
- Les compressions funiculaires.
- La procidence du cordon.
- Les présentations dystociques.

- Les complications neurologiques :
 - ✓ Les hémorragies intra ventriculaires.
 - ✓ Les leucomalacies péri ventriculaires.

7. Prise en charge de la RPM :

7.1- Hospitalisation :

La rupture prématurée des membranes entraînant le plus souvent un accouchement dans les 48 à 72 heures, l'hospitalisation initiale est justifiée afin de tenter de réduire les conséquences d'un éventuel accouchement prématuré grâce à une prise en charge néonatale optimale [15].

Les examens à réaliser en milieu hospitalier pour dépister les signes de [15] :

- ✓ Chorioamniotite : la température, le pouls, NFS (hyperleucocytose), dosage de la CRP, prélèvement de liquide amniotique par voie vaginale à l'aide d'un spéculum stérile.
- ✓ Souffrance fœtale : monitoring (tachycardie, diminution de la réactivité, voire ralentissements), évaluation du bien-être fœtal et de la quantité de liquide amniotique par l'échographie.

7.2. Traitements médicamenteux :

7.2.1 Antibiothérapie [14] :

- ✓ L'antibiothérapie prophylactique :

Les objectifs de l'ATB apparaissent doubles : traiter une infection et retarder la mise en route du travail.

Certains auteurs justifient une ATB prophylactique systématique pour toute RPM au-delà de 12h, non en travail. Pour d'autres cette prévention ne s'applique qu'à des terrains particuliers : valvulopathie, immunodépression, diabète....

- ✓ L'antibiothérapie curative :

L'instauration de l'antibiothérapie ne se conçoit qu'après un bilan bactériologique complet ou face à une infection avérée ou hautement probable.

7.2.2. Tocolyse :

Une tocolyse de moins de 48 heures pour permettre l'administration d'une cure de corticoïdes est recommandée par la plupart des auteurs [16].

Pour d'autres, l'indication de ce traitement en cas de RPM est limitée du fait de la morbidité néonatale et maternelle qui augmente avec le délai de latence, ainsi que leur relative efficacité sur la prématurité [16].

Les tocolytiques sont prescrits en absence de contre-indications fœtales (chorioamniotite, anomalie du RCF), ou maternelles (cardiopathie grave).

7.2.3. Corticothérapie :

L'utilisation des corticoïdes lors de la RPM fait l'objet de controverses.

En effet, elle est recommandée pour accélérer la maturité pulmonaire fœtale, mais elle ne doit être prescrite qu'après exclusion d'une chorioamniotite et doit s'accompagner d'une couverture antibiotique [14].

7.3. Prise en charge obstétricale en fonction de l'âge gestationnel :

7.3.1. Avant 28 SA :

Le pronostic de la RPM avant 28 SA est sombre et il est essentiellement lié à la prématurité.

L'attitude obstétricale, d'après plusieurs auteurs est l'expectative armée basée sur une surveillance rigoureuse en milieu hospitalier, sans tocolyse ni corticothérapie, avec instauration d'une antibiothérapie [3].

7.3.2 De 28 à 34 SA :

Les complications materno-fœtales sont moindres chez les prématurés issus des RPM gérées dans le cadre d'un protocole associant une corticothérapie systématique sous antibioprofylaxie de 48 h et la tocolyse pendant une courte durée pour permettre une maturation fœtale par les corticoïdes [17].

7.3.3. De 34 à 37 SA :

- Certains auteurs préfèrent poursuivre la tocolyse en cas de bonne tolérance, d'autres par contre préfèrent l'arrêter au-delà de 34 SA.

- La corticothérapie n'est indiquée par la plupart des auteurs, alors que certains l'utilisent jusqu'à 36 SA.
- La prise en charge obstétricale, est également discutée ; certaines équipes optent pour une attitude interventionniste, tandis que d'autres lui préfèrent l'expectative [17].

7.3.4. Au-delà de 37 SA :

D'après les auteurs deux conduites totalement opposées sont envisageables, soit le déclenchement immédiat dans le but d'éviter une morbidité infectieuse maternelle et fœtale, soit Une attitude d'expectative pendant 12h [2].

7.3.5. Cas particuliers :

- Cerclage du col utérin : Décercler la patiente dès la constatation de la RPM.
- Utérus cicatriciel : Le déclenchement artificiel n'est plus une CI de la RPM sur utérus cicatriciel. Cependant, l'expectative est préférable.
 - ✓ MFIU : C'est une urgence à l'évacuation utérine, au mieux par un déclenchement.

7.4- Modalités d'accouchement :

- ✓ Le choix entre la voie basse et la voie haute est fonction de plusieurs paramètres : le terme, les conditions locales, la présentation et le degré de souffrance fœtale.
- ✓ Le taux de césarienne est accru du fait de l'augmentation des cas de souffrance fœtale, de dystocie dynamique et d'échec de déclenchement de travail [14].

7.5- CAT chez le nouveau-né :

- ✓ A l'accouchement, le dépistage de la contamination néonatale est impératif et basé sur l'anamnèse obstétricale (fièvre maternelle, infection urinaire maternelle...), l'examen clinique (trouble du tonus, ictère précoce) et sur les prélèvements centraux et périphériques.

PRONOSTIC FOETO-MATERNEL DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

- ✓ En dehors des signes infectieux et les complications fœtales, l'antibiothérapie systématique n'est pas indiquée et l'hospitalisation en service de néonatalogie n'est pas obligatoire [18].

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

3 -1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti au service de gynécologie obstétrique.

3 -1-1. Description des caractéristiques générales de la région de Mopti :

La région de Mopti, d'une superficie de 79017 km², est la 5^{ème} région administrative du Mali. La majorité du territoire de cette région est située en zone sahélienne.

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

- ✓ La zone exondée : située en grande partie à l'Est, elle comprend les cercles de Bankass, de Bandiagara et de Koro ainsi qu'une partie des cercles de Djenné, de Mopti et de Douentza. Cette zone est divisée en deux parties : la partie montagneuse et rocheuse (Bandiagara) et la partie de la plaine (Bankass).
- ✓ La zone inondée ou le delta intérieur du Niger : c'est une vaste zone marécageuse pendant la saison de la crue annuelle du fleuve. Cette zone comprend les cercles de Youwarou, de Tenenkou et une partie importante des cercles de Douentza, de Mopti et de Djenné.

La région de Mopti est au cœur du Mali. La population s'élève à 2.037.330 (2009) habitants, soit plus de 15 % de la population totale du Mali. La plupart des ethnies y sont représentées : 26 % de Bambara, 23 % de Peulh et Diaoulamé, 18 % de Songhoï, 11 % de Bozo, 9 % de Dogon.

Le taux d'accroissement de la population pour l'année 2009 était de 3 %.

Près de 50 % de la population de cette région a moins de 15 ans et la majorité vit en zone rurale. Les familles de la région de Mopti vivent de la pêche, de l'agriculture, de l'élevage, du commerce et du tourisme.

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 terme d'infrastructures de communication, la région de Mopti dispose de réseau routier, 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 souvent peu fonctionnels et ne disposant 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 plusieurs fractions nomades. Toutes les communes à l'exception de la commune de Mopti sont nouvelles et ont été mises en place depuis 1999 par la politique de décentralisation au Mali.

3 -1-2. Description du cercle de Mopti :

3 -1-2-1. Historique :

3 -1-2-1.1. Fondation :

La ville de Mopti a été fondée par Kiffou Nassiré qui habitait à l'emplacement actuel de l'hôtel Kanaga de Mopti. Il pratiquait la pêche sur le long du fleuve Niger.

Kiffou Nassiré était originaire du village de Sina, situé à huit (8) km de Mopti. Il a accueilli à Mopti Assékou Touré et Yawo Kanta. Assékou, commerçant originaire de Seiry dans le cercle de Niafunké pratiquait le commerce entre Tombouctou et Djenné.

Yawo Kanta (nom de famille en réalité Keïta) était un chasseur venu du mandé qui a trouvé hospitalité auprès de Kiffou Nassiré.

3 -1-2-1-2. Évolution historique :

Tous les empires et royaumes qui se sont succédés sur le territoire actuel du Mali ont influencé la vie politique et économique des populations qui habitent aujourd'hui le cercle de Mopti. Les influences les plus marquantes sur le cercle de Mopti ont été celles des empires Songhaï et Peulh du Macina. Sékou Amadou, fondateur de la Dîna a démocratisé la vie politique dans le Macina, par l'institution des organes législatif, exécutif et judiciaire. La capitale de l'empire du Macina était Hamdallaye, commune de Soufouroulaye (cercle de Mopti).

A la suite de la domination coloniale française, le cercle de Mopti a été créé en 1918.

Les villes de Bamako, Kayes, Ségou et Mopti accédèrent au statut de commune de plein exercice en 1919.

Depuis l'indépendance, Mopti est la capitale de la cinquième région administrative du Mali.

3 -1-2-2. Aspects géographiques :

- a) Superficie : le cercle de Mopti couvre une superficie de 7 262 Km².
- b) Limites : il est limité :
 - ✓ Au Nord par les cercles de Youwarou et de Niafouké ;
 - ✓ Au Sud par le cercle de Djenné ;
 - ✓ A l'Ouest par le cercle de Tenenkou ;
 - ✓ A l'Est par les cercles de Bandiagara et de Douentza.
- c) Relief : il comporte deux zones, l'une basse englobant les principales plaines et l'autre haute centrée sur le plateau Dogon.
- d) Hydrographie : Le réseau hydrographique est dominé par le fleuve Niger qui reçoit son affluent le Bani au niveau de Mopti et le Yamé au niveau de Konna, l'affluent Koli-koli alimente le lac Korientzé qu'il relie au lac Debo.
- e) La circonscription se trouve divisée en deux zones géographiques bien distinctes:
 - ✓ Une zone exondée sur 2/3 de la superficie ;

- ✓ Une zone inondée occupant le 1/3 de la superficie du cercle, d'accès difficile où le moyen de déplacement demeure exclusivement la pirogue ou la pinasse.

Ce qui pose au niveau du cercle la plus grande contrainte à la fréquentation des services de santé en période de crue du fleuve qui dure six à huit mois de l'année.

3 -1-2.3. Données démographiques :

- Population totale : 2037330 habitants en 2009
- Densité : 35 hbts/km²
- Principales ethnies : Peulh, Bambara, Bozo, Dogon, Somono, Songhaï, Mossi et Sarakolé
- Découpage sanitaire : le cercle de Mopti compte :
- ✓ Un centre de santé de référence (csréf) et un hôpital régional ;
- ✓ Vingt-trois centres de santé communautaire.

3 -1-2-4. Économie :

Elle est essentiellement dominée par l'agriculture, l'élevage, la pêche, le commerce, l'artisanat et le tourisme.

3 -1-3. Présentation générale de l'hôpital :

L'Hôpital Sominé DOLO de Mopti, est l'unique structure médico-chirurgicale de 2^{ème} référence de la 5^{ème} région administrative du Mali. Il est actuellement situé à la zone administrative de Sévaré au bord de la route nationale 6 (RN6). Il est construit sur une superficie de 5,2 ha. La surface bâtie est de 12 000 ares.

Précédemment situé au quartier « Komoguel II » de Mopti l'Hôpital Sominé DOLO, hérité d'un établissement sanitaire colonial, a vu le jour au début des années 1950. Au fil des ans, il a connu des évolutions sur le plan en 1952, il passa par diverses appellations notamment « Hôpital Secondaire » en 1969, puis « Hôpital Régional » à partir de 1972 et bénéficia à chaque étape de nouvelles constructions.

Certaines dates marquant son histoire et les textes régissant l'hôpital sont :

- 1952, date des premières constructions ;

PRONOSTIC FOETO-MATERNEL DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

- 1995, l'hôpital est baptisé Sominé Dolo (seul ministre de la santé de la 1^{ère} république) institutionnel que structurel ;
- 2002, la loi N°02-050 du 22 juillet 2002 est promulguée et elle confère aux hôpitaux l'autonomie administrative et financière et la personnalité morale de droit public ;
- 2003, l'Hôpital Sominé Dolo, devient Etablissement Public Hospitalier doté de l'autonomie de gestion et de la personnalité morale (Loi N°03-016 du 14 juillet 2003);
- 2003, validation du premier Projet d'Etablissement (2004-2008) dont la mise en œuvre ne commencera qu'en 2006 dans le cadre du PADSS ;
- Juin 2007, tenue du premier conseil d'administration ;
- 2007- 2008, élaboration du 2^{ème} Projet d'Etablissement (2009-2013) ;
- 8 octobre 2012, transfert de l'hôpital sur le nouveau site à Sévaré ;
- 18 mars 2014, inauguration du nouvel hôpital ;

L'Hôpital Sominé Dolo de Mopti est un établissement public hospitalier régi par de nombreux textes dont les principaux sont :

- Loi n°02-050, du 22 Juillet 2002, portant loi hospitalière ;
- Loi n°03-016 du 14 Juillet 2003, portant création de l'Hôpital Sominé Dolo ;
- Décret n° 03-342/P-RM du 07Août 2003, fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'hôpital Sominé Dolo.

a) Missions de l'hôpital :

L'hôpital a pour missions d'assurer :

- Les soins curatifs de 2^{ème} référence et la prise en charge des urgences ;
 - La recherche dans le domaine de la santé.

b) Infrastructures :

L'hôpital est composé des services suivants :

- Médecine, regroupant la médecine générale et la kinésithérapie ;
- Pédiatrie ;
- Ophtalmologie ;

- Chirurgie, regroupant la chirurgie générale, la traumatologie, l'urologie et l'ORL ;
- Odontostomatologie ;
- Gynécologie obstétrique ;
- Urgences et réanimation ;
- Bloc opératoire ;
- Pharmacie ;
- Laboratoire ;
- Imagerie médicale ;
- Service social ;
- Maintenance ;
- Administration ;
- Financier et matériel.
- Santé publique.

3 -1-4. Présentation du service de Gynéco-Obstétrique :

Il assure la prise en charge de toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales du cercle de Mopti et des centres de santé de référence de la région. Actuellement le service fait partie du groupe « Pool mère enfant », constitué de service de Gynéco-Obstétrique et de la pédiatrie.

a) Situation :

Le service de gynécologie obstétrique est situé à l'Est de la grande porte d'entrée, à l'Ouest de la pédiatrie, au Nord des toilettes publiques et au sud des boîtes de consultation externe.

b) Personnel :

Le personnel est composé de :

- * Trois gynécologues obstétriciens ;
- * Six sages-femmes ;
- * Deux infirmières obstétriciennes ;
- * Trois manœuvres ;

C'est un lieu de stage qui reçoit, les étudiants et thésards de la FMOS, des étudiants de l'INFSS et des écoles privées de santé.

c) Infrastructures :

Le service comprend :

- ✓ Un bloc opératoire avec vestiaire ;
- ✓ Un bureau pour chaque médecin (gynécologue) ;
- ✓ Un bureau de consultation externe des médecins ;
- ✓ Un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- ✓ Une salle d'urgence, 2 bouchés d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ Une salle de garde pour les sages-femmes ventilée, climatisée ;
- ✓ Une Salle de garde avec toilette, ventilée, climatisée, pour les médecins ;
- ✓ Une salle de garde des internes du service ;
- ✓ Une salle de CPN ventilée et climatisée ;
- ✓ Une salle de travail ayant deux lits, deux bouchés d'oxygène et d'aspirateur ;
- ✓ Une salle d'accouchement ayant trois box, 2 bouchés d'oxygène et d'aspirateur dans chaque box ;
- ✓ Une salle de suites de couches physiologiques ayant deux lits deux bouchés d'oxygène et aspirateur ;
- ✓ Une salle de soins nouveaux nés ayant trois bouchés d'oxygène et aspirateur, climatisée et ventilée ;
- ✓ Une unité hospitalisation et soins ventilée avec trois toilettes externes pour les malades et accompagnants ;
- ✓ Deux magasins ;
- ✓ Six salles d'hospitalisation comprenant :
 - 2 salles d'hospitalisation ayant 4 lits chacune et ventilées ;
 - Quatre salles à 2 lits ventilées ;
 - 1 salle VIP ayant 1 lit, ventilé et climatisée.
- ✓ Deux toilettes fonctionnelles pour le personnel ;

✓ Deux bureaux d'accueil maternité ;

d) Fonctionnement :

Les consultations externes sont effectuées du Lundi au Vendredi par les médecins avec le concours des sages-femmes et faisant fonction d'interne.

Les Mercredi et Jeudi sont les jours d'interventions programmées.

Les visites aux malades hospitalisées se font également tous les jours à partir de 10 heures après le staff qui se tient chaque jour à partir de 8 heures.

La garde est assurée par un gynécologue, une sage-femme, une infirmière obstétricienne et les stagiaires en formation (un thésard, étudiant) et un personnel d'appui (un manœuvre).

Le service reçoit les patientes de la ville de Mopti et environnants ainsi que les patientes référées des CSCOM et des CS Réf des autres cercles.

3.2 Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude cas/ témoin allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017.

3.3 La population d'étude :

L'étude a concerné les gestantes admises dans le service pendant la période de l'étude.

3.4 Echantillonnage :

Notre échantillon était constitué de 63 cas et de 63 témoins.

3.4.1 Inclusion :

Nous avons inclus dans cette étude :

- **Cas :** Toutes les femmes ayant présenté une rupture prématurée des membranes pendant la période de l'étude et ayant accouché dans le service.
- **Témoins :** les gestantes ne présentant pas de rupture prématurée des membranes et ayant consulté juste avant ou juste après les cas et enregistré dans le registre des admissions du service.

3.4.2 Critère de non inclusion :

- **Cas :** Nous n'avons pas inclus dans cette étude toutes les gestantes n'ayant pas présenté une rupture prématurée des membranes pendant la période de l'étude et celles ayant accouché à la maison ou dans d'autres services.
- **Témoins :** Nous n'avons pas inclus dans cette étude toutes les gestantes présentant une hydorrhée ou chez qui la perte de liquide n'a pas été confirmée au cours de l'étude clinique.

3.5 Les variables prises en compte

Identification de la femme :

Age, profession, niveau d'étude, statut matrimonial, mode et motif d'admission.

Antécédents :

Gestité, Parité, antécédents de rupture prématurée des membranes, antécédents médicaux et chirurgicaux, antécédents obstétricaux.

Surveillance de la grossesse :

Nombre de consultation prénatale, auteur des consultations prénatales, âge gestationnel.

Examen clinique :

Circonstances de survenue de la rupture prématurée des membranes, examen physique, état du fœtus (les paramètres cliniques évidents)

Conduite à tenir :

Schéma thérapeutique, mode et voie d'accouchement

Evolution :

Complications maternelles immédiates, Complications fœtales immédiates.

Support des données :

Il a été réalisé à partir des fiches d'enquêtes individuelles élaborées à cet effet.

3.6 La collecte des données :

La collecte des données a été faite à partir de la lecture :

- Des dossiers obstétricaux,
- Du carnet de consultation prénatale,

- Du registre d'accouchement,
- Du registre de la césarienne,
- Du registre des urgences obstétricales.

3.7 Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Word 2016 et analysées sur le logiciel SPSS version 21. Nous avons déterminé l'odds ratio avec son intervalle de confiance(IC) à 95%.

Les valeurs de $p < 0,05$ ont été retenues comme statistiquement significatives.

3.8. Les difficultés rencontrées :

Au cours de cette étude, nous avons été confronté aux difficultés suivantes :

- Impossibilité de certaines femmes de faire le bilan biologique à cause du facteur cout.
- Insuffisance ou absence de plateau technique pour réalisation de certains examens complémentaires.

3.9. Définitions opératoires :

Facteur de risque : « toute caractéristique ou toute circonstance déterminante, attachée à une personne ou à un groupe de personnes, et dont on sait, qu'elle est associée à un risque anormal d'existence ou d'évolution d'un processus ou d'une exposition spéciale à un tel processus ».

Mortalité maternelle : selon l'OMS, la mortalité maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque, déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite.

La mortalité néonatale : est la mortalité au cours de la période néonatale, laquelle s'étend de la naissance à l'âge d'un mois ou de 28 jours selon les usages.

Dystocie : La dystocie du grec « Dystakos » désigne un travail d'accouchement difficile quelque soit la cause.

Travail prolongé :

Chez la multipare : travail d'accouchement excédant les 8 heures.

Chez la nullipare : travail d'accouchement excédant les 12 heures.

- **Nullipare :** une femme qui n'a jamais accouché.
- **Primipare :** une femme qui a accouché une fois.
- **Paucipare :** une femme qui a accouché de 2 à 3 fois.
- **Multipare :** une femme qui a accouché de 4 à 5 fois.
- **Grande multipare :** une femme qui a accouché plus de 5 fois.
- **Nulligeste :** une femme qui n'a jamais fait de grossesse.
- **Paucigeste :** une femme qui a fait une grossesse de 2 à 3 fois.
- **Multigeste :** une femme qui a fait une grossesse de 4 à 5 fois.
- **Grande Multigeste :** une femme qui a fait plus de 5 grossesses.
- **Phase de latence :** phase du travail d'accouchement avec dilatation du col inférieure ou égale à 4cm.
- **Phase active :** phase du travail d'accouchement avec dilatation du col supérieure ou égale à 5cm.
- **Grossesse :** c'est la nidation et le développement de l'œuf dans la cavité utérine.
- **Travail d'accouchement :** c'est l'apparition des contractions utérines régulières, aboutissant à l'effacement et/ou dilatation du col sur utérus gravidique à terme théorique de l'accouchement.
- **Anémie :** c'est la diminution de la concentration sanguine d'hémoglobine dans le sang (< 11g/l).
- **Placenta prævia :** C'est l'insertion vicieuse du placenta en totalité ou en partie sur le segment inférieur.

- **Hématome rétroplacentaire (HRP) :** Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus.
- **Césarienne :** C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus.
- **Hémorragie de la délivrance :** Ce sont des pertes de sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire, survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Elles sont anormales par leur abondance (plus de 500cc lors d'un accouchement naturel et plus de 1000cc lors de la césarienne) et ou leur effet sur l'état général.

3.10 Ethique:

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des gestantes ne figurent dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la sante obstétricale, afin de fournir aux décideurs locaux un certain nombre d'éléments utiles pour agir en vue d'améliorer les conditions de la prise en charge des cas de RPM.

RESULTATS

V. RESULTATS

1. Fréquence :

Du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2017, la fréquence de la rupture prématurée des membranes dans notre série par rapport au nombre d'accouchement est de 4,63% soit 63cas /1362 accouchements.

2. Les caractères socio démographique :

Tableau I : Répartition des gestantes en fonction de la tranche d'âge.

Age	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
15-19	6(9,5)	16(25,4)	0,019	0,31	[0,11 – 0,85]
20-24	23(36,5)	12 (19,0)	0,029	2,44	[1,09 – 5,50]
25-29	9(14,3)	18 (28,6)	0,051	0,42	[0,17 – 1,02]
30-34	10 (15,9)	10 (15,9)	1,000	1,00	[0,39 – 2,60]
35-39	14(22,2)	4(6,3)	0,011	4,21	[1,30 – 13,63]
40-44	1(1,6)	2 (3,2)	0,559	0,49	[0,04 – 5,57]
≥ 45	0 (0,0)	1(1,6)	0,315	0,00	-

Tableau II : Répartition des gestantes selon leur profession.

Profession	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Commerçante/vendeuse	4(6,3)	2(3,2)	0,403	2,068	[0,37 – 11,72]
Etudiants/Elève	7(11,1)	8 (12,7)	0,783	0,859	[0,29 – 2,5]
Fonctionnaire	13(20,6)	6 (9,5)	0,081	2,47	[0,87 – 6,98]
Ménagère	37 (58,7)	44 (69,8)	0,193	0,62	[0,29 – 1,28]
Autres	2 (3,2)	3 (4,8)	0,648	0,65	[0,11 – 4,07]

Tableau III : Répartition des gestantes selon leur niveau d’instruction.

Niveau d’instruction	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Supérieur	15(23,8)	8 (12,7)	0,106	2,15	[0,84 – 5,51]
Secondaire	17(27,0)	22(34,9)	0,335	0,69	[0,32 – 1,47]
Primaire	9(14,3)	10(15,9)	0,803	1,88	[3,33 – 2,35]
Non instruite	22(34,9)	23(36,5)	0,853	0,93	[0,45 – 1,93]

Tableau IV : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Mariée	60(95,2)	61(96,8)	0,648	0,67	[0,11 – 4,07]
Célibataire	3 (4,8)	0(0,0)	0,080	-	-
Veuve	0(0,0)	2(3,2)	0,154	-	-

Tableau V : Répartition des gestantes selon les moyens de transports.

Moyens de transports	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Voiture personnelle	23(36,5)	20(31,7)	0,573	1,24	[0,59 – 2,59]
Transport en communs	7(11,1)	3(4,8)	0,187	2,50	[0,62 – 10,15]
Taxi	8(12,7)	15(23,8)	0,106	0,47	[0,18 – 1,19]
Moto	5(7,9)	7(11,1)	0,544	0,69	[0,21 – 2,30]
Ambulance	20(31,7)	18(28,6)	0,698	1,16	[0,54– 2,49]

Tableau VI : Répartition des gestantes selon le motif d'admission.

Motif d'admission	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Perte des eaux	55(87,3)	0(0,0)	0,000	-	-
Contractions utérines	8(12,7)	45(71,4)	0,000	0,06	[0,02 – 0,15]
Métrorragies	0(0,0)	5(7,9)	0,023	-	-
Césarine prophylactique	0(0,0)	9(14,3)	0,002	-	-
Crises convulsive	0(0,0)	4(6,3)	0,042	-	-

2. Les antécédents

Tableau VII : Répartition des gestantes selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Aucun	59(93,7)	56(88,9)	3,344	1,84	[0,51 – 6,64]
Asthme	2(3,2)	1(1,6)	0,559	2,03	[0,18 – 23,01]
HTA	2(3,2)	4(6,3)	0,403	0,48	[0,09 – 2,74]
Diabète	0(0,0)	2(3,2)	0,154	-	-

Tableau VIII : Répartition des gestantes selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Aucun	54(85,7)	46(73,0)	0,078	2,22	[0,90 – 5,45]
Césarienne	9(14,3)	16(25,4)	0,118	0,49	[0,20 – 1,21]
Myomectomie	0(0,0)	1(1,6)	0,315	-	-

Tableau IX : Répartition des gestantes selon la gestité.

Gestité	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Primigeste	12(19,0)	20(31,7)	0,102	0,51	[0,22 – 1,15]
Paucigeste	19(30,2)	22(34,9)	0,568	0,81	[0,38 – 1,70]
Multigeste	21(33,3)	16(25,4)	0,328	1,47	[0,68 – 3,18]
Grande Multigeste	11(17,5)	5(7,9)	0,108	2,45	[0,70 – 7,53]

Tableau X : Répartition des gestantes selon la parité.

Parité	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Nullipare	14(22,2)	21(33,3)	0,164	0,57	[0,26 – 1,26]
Primipare	8(12,7)	14(22,2)	0,159	0,51	[0,20 – 1,32]
Paucipare	20(31,7)	17(27,0)	0,557	1,26	[0,58 – 2,71]
Multipare	17(27,0)	8(12,7)	0,044	2,54	[1,01 – 6,42]
Grande Multipare	4(6,3)	3(4,8)	0,697	1,36	[0,29 – 6,32]

Tableau XI : Répartition des gestantes selon l'ATCD de rupture prématurée des membranes.

Antécédent de RPM	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Oui	2(3,2)	0(0,0)	0,154	-	-
Non	61(96,8)	63(100)	0,154	-	-

3.Suivi de la grossesse

Tableau XII : Répartition des gestantes selon le nombre de consultation prénatale.

Consultation prénatale	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
1-2	17(27,0)	10(15,9)	0,129	1,96	[0,81 – 4,70]
3 et plus	39(61,9)	41(65,1)	0,711	0,87	[0,42 – 1,80]
Non fait	7(11,1)	12(19,0)	0,213	0,53	[0,19 – 1,45]

Tableau XIII : Répartition des gestantes selon la qualification du prestataire de la CPN.

Qualification de l'agent qui a fait le suivi	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Non suivi	7(11,1)	13(20,6)	0,144	0,48	[0,18 – 1,30]
Sage-femme	34(54,0)	28(44,4)	0,285	1,47	[0,73 – 2,96]
Médecin généraliste	4(6,3)	5(7,9)	0,729	0,79	[0,20 – 3,08]
Gynécologue	15(23,8)	9(14,3)	0,173	1,86	[0,75 – 4,67]
Infirmière obstétricienne	3(4,8)	5(7,9)	0,47	0,58	[0,13 – 2,54]
Matrone	0(0,0)	3(4,8)	0,080	0,00	-

5. Clinique :

Tableau XIV : Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse au moment de la RPM.

Age de la grossesse	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Inconnue	6(9,5)	13(20,63)	0,081	0,41	[0,14 – 1,15]
Sup ou égal à 37SA	41(65,1)	46(73,02)	0,335	0,69	[0,32 – 1,47]
28 a 36SA	16(25,4)	4(6,35)	0,003	5,021	[1,57 – 16,03]

Tableau XV : Répartition des gestantes selon la température corporelle.

Température corporelle	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
≤ 37,4	60(95,2)	56(88,9)	0,187	2,50	[0,62 – 10,15]
37,5-37,9	2(3,2)	5 (7,9)	0,243	0,38	[0,07 – 2,04]
≥ 38	1(1,6)	2(3,2)	0,559	0,49	[0,04 – 5,57]

Tableau XVI : Répartition des gestantes selon la hauteur utérine.

Hauteur utérine	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
< 32cm	15(23,8)	7(11,1)	0,060	2,50	[0,94 – 6,64]
32-35cm	40(63,5)	52(82,5)	0,016	0,37	[0,16 – 0,84]
≥ 36cm	8(12,7)	4(6,3)	0,236	2,11	[0,60 – 7,40]

Tableau XVII: Répartition des gestantes selon la contraction utérine.

Contraction utérine	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Oui	29(46,0)	50(79,4)	0,000	0,22	[0,10 – 0,49]
Non	34(54,0)	10(15,9)	0,000	6,21	[2,69 – 14,36]
Hypertonie utérine	0(0,0)	3(4,8)	0,080	-	-

Tableau XVIII : Répartition des gestantes selon la présentation du fœtus.

présentation du fœtus	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Céphalique	52(82,5)	55(87,3)	0,455	0,688	[0,26 – 1,84]
Siège	9(14,3)	8(12,7)	0,79	1,15	[0,41 – 3,19]
Transverse	2(3,2)	0(0,0)	0,154	-	-

Tableau XIX : Répartition des gestantes selon le bruit du cœur du fœtus.

Bruit du cœur fœtal	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
0	3(4,8)	3(4,8)	1,000	1,00	[0,19 – 5,15]
< 120	5(7,9)	1(1,6)	0,094	5,35	[0,61 – 47,13]
120-160	52(82,5)	56(88,9)	0,309	0,59	[0,21 – 1,64]
>160	3(4,8)	3(4,8)	1,000	1,00	[0,19 – 5,15]

Tableau XX: Répartition des gestantes selon les circonstances de survenue de la RPM.

Circonstances de survenue	Cas	
	Effectif	Pourcentage
Spontanée	61	96,8
Traumatique	2	3,2

Tableau XXI : Répartition des gestantes selon la couleur du liquide amniotique.

Couleur du liquide amniotique	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Teinté	7(11,1)	1(1,6)	0,028	7,75	[0,92 – 64,97]
Méconial	3(4,8)	3(4,8)	1,000	1,00	[0,19 – 5,15]
Imprécis	0(0,0)	16(25,4)	0,000	0,000	-
Claire	53(84,1)	43(68,3)	0,036	2,47	[1,04 – 5,82]

Tableau XXII: Répartition des gestantes selon l'état du col.

Dilatation du col	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
> 4cm	12(19,0)	41(65,1)	0,000	0,13	[0,07 – 0,29]
1- 4cm	42(66,7)	12(19,0)	0,000	8,50	[3,75 – 19,27]
Col ferme	9(14,3)	10(15,9)	0,803	0,88	[0,33 – 2,34]

6. EXAMENS PARACLINIQUES

Tableau XXIII : Répartition des gestantes selon la réalisation de l'ECBU.

Réalisation de l'ECBU	Cas	
	Effectif	Pourcentage
Stérile	14	22,2
E. coli	1	1,6
Non fait	48	76,2

Tableau XXIV : Répartition des gestantes selon la réalisation de la CRP.

CRP	Cas	
	Effectif	Pourcentage
Négative	25	39,7
Positive	10	15,9
Non fait	28	44,4

Tableau XXV : Répartition des gestantes selon le résultat de l'échographie.

Echographie obstétricale	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Normale	34(54,0)	22(34,9)	0,031	2,185	[1,07 – 4,74]
Oligoamnios	9(14,3)	1(1,6)	0,008	10,33	[1,27 – 84,21]
Grossesse arrête	2(3,2)	3(4,8)	0,648	0,67	[0,11 – 4,07]
Grossesse gémellaire	5(7,9)	1(1,6)	0,171	4,20	[0,47 – 38,71]
Non fait	12(19,0)	35(55,6)	0,000	0,19	[0,08 – 0,42]
Placenta prævia marginal	0(0,0)	1 (1,6)	0,315	-	-
Calcification placentaire	1 (1,6)	0(0,0)	0,315	-	-

7. SCHEMA THERAPEUTIQUE

Tableau XXVI: Répartition des gestantes selon l'Antibiothérapie.

Antibiothérapie	Cas	
	Effectif	Pourcentage
Reçue	37	58,7
Non Reçue	26	41,3

Tableau XXVII : Répartition des gestantes selon la corticothérapie.

Corticothérapie	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Reçue	10(15,9)	2(3,2)	0,015	5,76	[1,21 – 27,45]
Non reçue	53(84,1)	61(96,8)	0,015	0,17	[0,04 – 8,83]

Tableau XXVIII : Répartition des gestantes selon la tocolyse.

Tocolyse	Cas	
	Effectif	pourcentage
Reçue	2	3,2
Non Reçue	61	96,8

Tableau XXIX : Répartition des gestantes selon le mode d'entrée en travail.

Mode d'entrée en travail	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Spontanée	47(74,6)	53(84,1)	0,187	0,55	[0,23 – 1,34]
Déclenchée	7(11,1)	0(0,0)	0,006	-	-
Césarienne avant travail	9(14,3)	10(15,9)	0,803	0,88	[0,33 – 2,35]

Tableau XXX : Répartition des gestantes selon le produit utilise pour le déclenchement/maturation cervicale.

Déclenchement/maturation cervicale	Cas	
	Effectif	pourcentage
Ocytocine	0	0,0
Misoprostol cp 200ug	6	9,5
Misoprostol+ Ocytocine	1	1,6

Tableau XXXI : Répartition des gestantes selon le mode d'accouchement.

Mode d'accouchement	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Voie basse simple	40(63,5)	37(58,7)	0,584	1,22	[0,60 – 2,50]
Voie basse avec instruments	0(0,0)	2(3,2)	0,154	0,00	-
Césarienne	23(36,5)	24(38,1)	0,854	0,93	[0,45 – 1,92]

Tableau XXXII : Répartition des gestantes selon les indications de la césarienne. 1/2

Induction maternelle	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
BGR	0(0,0)	1 (1,6)	0,315	-	-
DFP	0(0,0)	2(3,2)	0,154	-	-
HRP	0(0,0)	2(3,2)	1,000	1,00	[0,14 – 7,32]
Eclampsie	0(0,0)	3(4,8)	0,080	-	-
IIG Inf à 2ans	0(0,0)	3(4,8)	0,811	-	-
Procidence du cordon battant	2(3,2)	0(0,0)	0,154	-	-
Utérus bicatriciel	1 (1,6)	4(6,3)	0,171	0,24	[0,03 – 2,19]
Utérus cicatriciel sur bassin limite	0(0,0)	1 (1,6)	0,315	-	-
RPM sur utérus Cicatriciel	4(6,3)	0(0,0)	0,042	-	-
Utérus tricatriciel	0(0,0)	1 (1,6)	0,315	-	-
RPM sur bassin limite	2(3,2)	0(0,0)	0,154	-	-

Tableau XXXIII : Répartition des gestantes selon les indications de la césarienne. 2/2

Induction fœtale	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Présentation transverse	2(3,2)	0(0,0)	0,154	-	-
Grossesse gémellaire j1 en siège	2(3,2)	1 (1,6)	0,559	2,03	[0,18 – 23,00]
Macrosomie fœtale	3(4,8)	0(0,0)	0,811	-	-
SFA	0(0,0)	2(3,2)	1,000	1,00	[0,14 – 7,32]
Siège sur utérus cicatriciel	1 (1,6)	2(3,2)	0,559	0,49	[0,04 – 5,57]
Siège+SFA	2(3,2)	1 (1,6)	0,559	2,03	[0,18 – 23,00]
Echec du déclanchement	1 (1,6)	0(0,0)	0,315	-	-
RPM+SFA	1 (1,6)	0(0,0)	0,315	-	-

8. NOUVEAU-NES

Tableau XXXIV : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar

Apgar	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
1 -7	10(15,9)	3(4,8)	0,040	3,77	[0,99 – 14,44]
>7	50(79,3)	57(90,4)	0,081	0,41	[0,14 – 1,15]
0	3(4,8)	3(4,8)	1,000	1,00	[0,19 – 5,15]

Tableau XXXV : Répartition des nouveau-nés selon le sexe.

Sexe	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Féminin	34(54,0)	39(61,9)	0,364	0,72	[0,36 – 1,47]
Masculin	29(46,0)	24(38,1)	0,367	1,37	[0,68 – 2,82]

Tableau XXXVI: Répartition des nouveau-nés selon le poids.

Poids du nouveau-né	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
< 2500g	15(23,8)	6(9,5)	0,031	2,97	[1,07 – 8,25]
2500-4000g	41(65,1)	54(85,7)	0,007	0,31	[0,13 – 0,75]
≥4000g	7(11,1)	3(4,8)	0,187	2,50	[0,62 – 10,15]

Tableau XXXVII : Répartition des nouveau-nés selon la taille.

Taille	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
< 47	12(19,0)	4(6,3)	0,032	3,47	[1,05 – 11,43]
≥47	51(81,0)	59(93,7)	0,032	0,29	[0,09 – 0,95]

Tableau XXXVIII : Répartition des nouveau-nés selon qu'ils ont été réfère ou non.

Référé	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Référé	37(58,7)	12(19,0)	0,000	6,05	[2,71 – 13,52]
Non référé	26(41,3)	51(81,0)	0,000	0,17	[0,07 – 0,37]

Tableau XXXIX : Répartition des nouveau-nés selon les motifs de Références.

Motif de références	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Hypotrophie foetale	5(7,9)	1(1,6)	0,094	5,35	[0,61 – 47,13]
Prématurité	12(19,0)	3(4,8)	0,013	4,71	[1,26 – 17,60]
Macrosomie foetale	6(9,5)	3(4,8)	0,299	2,11	[0,50 – 8,82]
Souffrance néonatale	8(12,7)	5(7,9)	0,380	1,69	[0,52 – 5,47]
Eventuelle infection néonatale	6(9,5)	0(0,0)	0,012	-	-
Pas référé	26(41,3)	51(81,0)	0,000	0,17	[0,07 – 0,37]

Tableau XXXX : Répartition des gestantes selon le pronostic materno-fœtal.

Complications fœtales	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins(%)			
Prématurité	12(19,0)	3(4,8)	0,013	4,71	[1,26 – 17,60]
Mort fœtale	3(4,8)	3(4,8)	1,000	1,00	[0,19 – 5,15]
Macrosomie fœtale	6(9,5)	3(4,8)	0,299	2,11	[0,50 – 8,82]
Hypotrophie fœtale	5(7,9)	1(1,6)	0,094	5,35	[0,61 – 47,13]
Souffrance néonatale	8(12,7)	5(7,9)	0,380	1,69	[0,52 – 5,47]
Complications maternelle					
Césarienne	23(36,5)	24(38,1)	0,854	0,93	[0,45 – 1,92]
Chorioamniotite	1 (1,6)	0(0,0)	0,315	-	-
Procidence du cordon	1 (1,6)	0(0,0)	0,315	-	-

**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION**

VI. Commentaires et discussions

1. Fréquence :

Pendant les 12 mois d'enquête, du premier janvier 2017 au 31 décembre 2017, nous avons enregistré 1362 accouchements à L'Hôpital Somine Dolo de Mopti incluant nos 63 cas et 63 témoins.

La rupture prématurée des membranes était représentée dans notre série par 4,63% soit 63cas /1362 accouchements. Cette fréquence est supérieure à celles rapportées par des études réalisées au Mali soit 0,9% selon Keïta M A [19] ; 2,49% selon Samake.A [25] ; 2,8% selon Keita.N [26].

Cette fréquence élevée s'explique par le fait que l'hôpital Sominé Dolo est la seule structure compétente pour la réanimation des nouveau-nés dans le cercle de Mopti.

2. Caractéristiques sociodémographiques

2.1 Age :

Dans notre étude 36,5% des gestantes avaient un âge compris entre 20-24 ans chez les cas avec une moyenne d'âge de 28 ans. Les âges extrêmes sont 17 et 42 ans. Les adolescentes 9,5%. Il y a une différence statistique significative entre les cas et les témoins ($p=0,029$). Ce résultat est inférieur à ceux rapportés par Keïta M.A [19] et Cissé K [20] qui avaient enregistré respectivement 72,4% des gestantes ayant un âge compris entre 20-35 ans avec 13,8% d'adolescente et 71,4% des gestantes ayant un âge compris entre 19-35 ans avec 18,1% d'adolescente.

La répartition des patientes par tranches d'âge a montré que la tranche d'âge la plus touchée était celle de 20-24 ans à 36,5% des cas.

2.2 Profession :

La majorité des gestantes 58,7 % étaient des ménagères chez les cas, sans une différence statistique significative par rapport aux témoins ($p=0,193$). Ce résultat est inférieur à ceux rapportés par Cissé K [20] avec 73,7% et Traore A L [21] avec 69,1% et Supérieure à celui de Samake.A [25] avec 45%.

Nous notons que les ménagères sont les plus exposées à la rupture prématurée des membranes dans notre étude.

2.3 Niveau d'instruction :

Les gestantes non scolarisées sont les plus représentées avec 34,9% chez les cas et 36,9% chez les témoins.

Sans une différence statistique significative entre les cas et les témoins ($P>0,05$).

Le manque de scolarisation constitue un problème majeur dans le suivi de la grossesse car il influence sur la compréhension et le bon déroulement du suivi de la grossesse. Ce constat est confirmé par Keita M A [19] : 85,3% des gestantes non scolarisées, Cissé K [20] : 55,6% des gestantes non scolarisées, Samake.A [25] : 32% des gestantes non scolarisées.

2.4 Statut matrimonial :

La majorité de nos gestantes était mariées dans les 2 groupes sans une différence statistique significative ($P>0,05$). Dans l'étude de Cissé K [20] les femmes mariées ont représenté 91,7%. Keita M A [19] a trouvé 96,4% de femmes mariées, Samake.A [25] a trouvé 99% de femmes mariées.

3. Caractéristiques cliniques

3.1 Mode d'admission :

Dans notre étude le transport de 36,5% des gestantes était assuré par des voitures personnelles et 31,7 % a été effectués par Ambulance sans une différence statistiquement significative avec les témoins. **P** égal respectivement à **0,573** et **0,698**. Cela pourrait s'expliquer par la situation géographique de L'Hôpital Sominé Dolo de Mopti qui est loin des habitations et par les mesures d'interdiction de circuler pour certains engins à partir de 18Heure.

3.2 Motif de consultation

Le premier signe clinique est l'écoulement liquidien affirmé par 87,3% des gestantes qui ont consulté avec une différence statistique très significative ($P<0,001$) par rapport aux témoins. 12,7% des gestantes ont consulté pour des

contractions utérines. Ce résultat est supérieur de celui obtenu par Cissé K [20] et Samake.A [25] qui ont trouvé respectivement 42,9% et 79% des cas.

Nos résultats nous révèlent que les femmes ne connaissent pas tous les risques de la RPM, qui pour elles ne peuvent constituer un motif de consultation.

3.3 Suivi de la grossesse

Notre étude montre que 54,0% des CPN ont été effectuées par les sages-femmes chez les cas contre 44,4% chez les témoins avec une différence statistiquement non significative ($p=0,1866$). Cissé K [20] a trouvé un taux de 17,3% de grossesse non suivi, contre 20% de grossesse non suivi de Traoré AL [21].

Ces résultats nous montrent que même en cas de surveillance de la grossesse la rupture des membranes peut survenir.

3.4 Antécédents :

La parité :

Dans notre étude, les pauci-pares avec 31,7% ont été les plus représentées.

La différence statistique avec les témoins n'était pas considérable ($P=0,557$). Ce résultat est inférieur de celui obtenu par Keita M A [19] et Traoré A. L [21] qui ont respectivement 35,20% et 40,81%.

Nous avons remarqué que la RPM a touché les paucipare plus que les primipares et les multipares avec une fréquence de 31,7% des cas.

3.5 Age de la grossesse

Nous avons noté que 65,1% des gestantes étaient au 3ème trimestre de la grossesse. La différence statistique avec les témoins n'était pas considérable ($P=0,335$) Cela peut s'expliquer par la plus grande fréquence de l'infection urinaire au 3ème trimestre de la grossesse et par le fait que le col est déhiscent généralement pendant cette période chez les multipares et les grandes multipares. Boog G et Mirlesse V [22] ont trouvé respectivement 60 à 80 % et 80% des cas de RPM à terme, Samake.A [25] a trouvé 82% des cas de RPM à terme. Nous n'avons enregistré aucun cas de RPM à un âge gestationnel inférieur à 28 SA.

3.6 Circonstances de survenue et le délai de la rupture

Dans notre population d'étude, nous avons enregistré 96,8% de rupture spontanée des membranes. Ceci est dû au fait que la RPM peut survenir même en cas de surveillance stricte de la grossesse. Ce taux est supérieur à celui de Samake.A [25] qui a trouvé 79% des cas de rupture spontanée des membranes, mais inférieur à celui de Keita.N [26] qui a trouvé 99% des cas de rupture spontanée des membranes.

Les délais de la rupture étaient supérieurs à 24 heures chez plus de la moitié des cas.

3.7 Bruit du cœur fœtal

Dans notre étude nous avons obtenu 4,8% des gestantes admises sans activité cardiaque fœtale soit 3cas sur 63 chez les cas et témoins sans une différence statistique significative. $P=1$

Ce résultat est inférieur à celui de Samake.A [25] et Keita.N [26] qui ont respectivement 7% et 5,9%.

2.8 Température corporelle

Nous avons recensé 1,6% d'hyperthermie ; le taux de chorioamniotite est 1 cas soit 1,6% dans notre étude. Selon Traoré A L [21] ce taux était de 7,6% soit 17 cas.

3.9 Contractions utérines :

54,0% des gestantes n'avaient aucune contraction utérine à l'admission. 46,0% des gestantes étaient en travail à l'admission. Ceci s'explique par le fait que certaines femmes ignorent le risque de RPM et l'imminence de l'accouchement donc attendent d'être franchement en travail avant de venir et c'est à l'interrogatoire que nous avons trouvé la notion de perte des eaux il y a plusieurs heures voire même plusieurs jours. Ce résultat était de 38,3% dans l'étude de Cissé K. [20] et 22,5% dans l'étude de Keita N. [26]

3.10 Dilatation du col

Le taux des gestantes en phase de latence du travail d'accouchement à l'admission atteignait 66,7%. Ce taux était de 63,9% chez Cissé K [20].

3.11 Caractéristiques du liquide amniotique

Nous avons noté 71,4% de cas d'écoulement liquidien franc abondant sans problème au diagnostic évident. Nous avons eu recours à l'échographie pour apprécier la quantité de liquide amniotique. Nous avons enregistré : 9 cas d'Oligoamnios sur 51 échographies réalisées. Le liquide amniotique était clair dans 84,1% des cas, méconial dans 4,8 % des cas, et teinté dans 11,1 % des cas.

4. Aspect thérapeutique :

4.1 Traitement reçu

4.1.1 Antibiotique : type, posologie et la voie d'administration.

Dans notre étude l'antibiothérapie préventive à base de l'ampicilline à la dose de 1g toutes les 8 heures par voie intra veineuse puis un relais par voie orale a été pratiquée chez 58,7% des cas.

4.1.2 Corticothérapie : type, posologie et la voie d'administration.

Dans notre série, la Corticothérapie a été faite sous forme d'une seule cure de Bétaméthasone a la dose de 12mg en intramusculaire, répétées dans les 24h le traitement a été préconisé chez 15,9% des cas et 3,2% des témoins.

4.1.3 Tocolyse :

Dans notre série, le traitement tocolytique a été prescrit chez 2 gestantes, présentant des contractions utérines et ou des modifications cervico-isthmique, l'inhibiteur calcique a été la molécule prescrite chez toutes les gestantes, d'une durée ne dépassant pas 72h.

4.2 Mode d'entrée en travail d'accouchement

Dans notre étude, nous avons obtenu 74,6% d'induction spontanée du travail dans les heures qui ont suivi la rupture prématurée des membranes. Ce résultat est supérieur à celui de Samake.A. [25] et inférieur celui de Keita N. [26] qui ont respectivement 70% et 83% d'induction spontanée du travail dans les heures qui

ont suivi la rupture prématurée des membranes. Nous avons eu 11,1 % de déclenchement artificiel.

Ce taux élevé de déclenchement spontané du travail s'explique par le fait que la RPM entraîne la libération des prostaglandines du liquide amniotique qui agissent sur le col (mûrissement du col), par stimulation de la sécrétion endogène de prostaglandine E₂, entraînant la sécrétion post hypophysaire d'ocytocine par l'intermédiaire des prostaglandines endogènes. Les femmes sont entrées spontanément en travail dans un délai de 48 heures après la rupture de la poche des eaux dans 74,6% [19].

5. Voies d'accouchement

Dans notre population d'étude, nous avons enregistré 63,5% d'accouchement par les voies génitales naturelles chez les cas contre 58,7% des témoins, 36,5% de césarienne sans une différence significative (P=0,584). Ces résultats sont proches des ceux trouvés par Cissé K [20] et Keïta N. [26] lors d'une étude similaire avait trouvé 76,7% et 79,6% d'accouchement par la voie génitale naturelles. Andriamady et al [23] ont obtenu 20,9% de césarienne dans leur étude.

6. Nouveau nés

6.1 APGAR à la 5ème minute de vie.

Dans notre étude il a été enregistré 3 Cas de mort nés. Ce taux est inférieur à celui de Samake.A [25] qui a enregistré 8 cas de mort nés.

Les circonstances de survenue des décès néonataux ont été : la rupture prématurée des membranes prolongées au-delà de 3 jours.

Dans notre série 15,9% ont eu un score d'APGAR entre 1-7 à la 5ème minute de vie. Cette fréquence est supérieure à ceux rapportée par TRAORE AL [21], Keita MA [19], Andriamady et al [23] ont trouvé respectivement 11,57% 13,7% et 11,7%.

6.2 Poids

Nous avons enregistré 23,8% de poids inférieurs à 2500g, 69,8% entre 2500-4000 et 9,5% de poids supérieur ou égale 4000. Ce résultat est supérieur celui de Cabriol D. [27] qui a trouvé 15% de poids inférieur à 2500g, mais inférieur à celui de Cissé K [20] qui a trouvé 30,2% de poids inférieurs à 2000g.

6.3 Taille

Dans notre série 19% des nouveau-nés ont eu une taille inférieure à 47cm avec une différence statistique significative $P < 0,05$. Ce résultat est inférieur de celui obtenu par Traoré A L [21] et Keita M A [19] qui ont eu respectivement 57,20% et 43,10%.

6.4 Sexe

Dans notre étude, nous avons enregistré 34 nouveau-nés de sexe féminin contre 29 de nouveau-nés sexe masculins, ce qui donne un sexe ratio égal à 1,37. Cissé K [20] a trouvé un sexe ratio égal à 1,42.

6.5 Référé en néonatalogie ou en pédiatrie :

Dans notre série 58,7% des nouveau-nés ont été référés au service de néonatalogie avec une différence statistique très significative $P < 0,001$. Parmi les quels 8 cas de souffrance fœtale, 12 cas de prématurité, 6 cas de macrosomie fœtale, 5 cas d'hypotrophie fœtale et 6 cas pour une éventuelle infection néonatale probable.

6.6 Pronostic fœtal :

Le pronostic fœtal a été grevé de morbidité et de mortalité fœtale importante. Ainsi dans notre étude nous avons enregistré 53,9% de complications, soit 19% de prématurité, 12,7% de souffrance fœtale, 4,8% de mort-nés, 7,9% d'hypotrophie fœtale, 9,5% de macrosomie fœtale. Cette morbidité et mortalité importante étaient surtout retrouvées dans les cas de la RPM prolongée de plus de 3 jours.

Notre taux de mortalité fœtale était de 4,8% des taux relativement élevés ont été observés par des auteurs dans les pays développés [28, 29, 30].

6.7 Pronostic maternel:

Le pronostic maternel a été le plus souvent bon. 36,5% des cas ont accouché par césarienne contre 38,1% des témoins. La césarienne était surtout indiquée à cause de la RPM sur utérus cicatriciel et la macrosomie fœtale. Il y a eu un cas de chorioamniotite suite à la RPM dans notre étude. Ces taux sont inférieurs à ceux de Samake.A [25] qui a enregistré 39% de césarienne et 3% de chorioamniotite.

CONCLUSION

VII. CONCLUSION

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

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

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

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

La diminution du nombre de RPM repose :

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

RECOMMANDATIONS

VIII.RECOMMANDATIONS

Aux Autorités politico-administratives :

Assurer une bonne organisation des structures de santé, une formation de base de qualité et continue pour la prise en charge des urgences obstétricales.

Equiper les laboratoires hospitaliers en matériel performant et adéquat et en personnel qualifié permettant de faire les examens complémentaires dont les résultats seront fiables et rapidement disponibles à des coûts abordables pour la population.

A l'administration de L'Hôpital Somine Dolo de Mopti :

Doter la salle d'accouchement de cardiocographe ; d'appareil d'échographie et matériels de qualité.

Aux personnels de santé

Référer tous les cas de RPM sur une structure de référence pour la prise en charge obstétrico-pédiatrique.

Rechercher et traiter les infections uro-génitales.

A la population :

Prendre en compte les conseils des agents de santé sur le risque de RPM quel que soit le terme de la grossesse.

Faire au moins quatre CPN lors d'une grossesse.

Se rendre dans un centre de santé de référence dès qu'il y a perte des eaux.

REFERENCES

IX. REFERENCES

- 1. Accoceberry M, Carbonnier M, Boeuf B, Ughetto S, Sapin V, Vendittelli F, et al :** Morbidité néonatale après attitude d’expectative suivie d’une naissance Systématique à 34 semaines d’aménorrhée en situation de rupture prématurée des membranes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2005 (33) 577–581.
- 2. Audra P, Pasquier JC.** Rupture prématurée des membranes à terme
Encyclopédie Médico-Chirurgicale.5-072-B-20, 2002, 5p
- 3. Marret H, Descamps PH, Fingnon A, Perrotin F, Body G, Lansac J:**
Conduite à tenir devant une RPM sur une grossesse monofoetale avant 28 SA.
Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales.2006.
J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod. 1998 (27) 665-675
- 4. P. Gillard, L. Sentilhes, P. Descamps :** Rupture prématurée des membranes en dehors du travail : conduite à tenir. Chapitre 19.2012.
- 5. ACOG Practice Bulletin n° 80.** Premature rupture of membranes.Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists .*Obstet Gynecol* 2007; (109) 1007 – 1019.
- 6. Ancel P. Y.** Épidémiologie de la rupture prématurée des membranes. Facteurs de risque et conséquences en termes de santé : morbidité et mortalité maternelles, néonatales et de la petite enfance. *J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod.* P. 607 – 607(1999).
- 7. Pasquier JC, Doret M :** Les membranes fœtales : développement embryologique, structure et physiopathologie de la rupture prématurée avant terme. *J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod.* 2008 (37): 579—588.
- 8. Thera T, Téguété I, Traore Y, Kouma A, Cisse K, Traore M et al :** facteurs de risque et pronostic de la rupture prématurée des membranes dans le service de la gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. *Annales de la SOGGO*. 2012 (18): 53 -57.

- 9. Thadikkaran L, Crettaz D, Barelli S, Gallot D, Sapin V, Tissot J.D :** Analyse protéomique du liquide amniotique. Immuno-analyse et biologie spécialisée. 2007 (22): 359-365.
- 10. Xavier Codaccioni, Pascal Vaast, Denis 9. Therby, Issam Baalbaky, Francis Puech:** Physiologie du liquide amniotique. J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod. 1995 (5): 6 -10.
- 11 Bennis I.** Rupture prématurée des membranes entre 28 et 37 SA expérience de la maternité suisse-Rabat. A propos de 319 cas. Thèse de médecine, Casablanca 2003, N° 53.
- 12. Benamar A.** La rupture prématurée des membranes à terme : Aspects épidémiologiques et pronostiques à propos de 251 cas colligé à la maternité des orangers. Thèse de médecine, Rabat, 2000, N° 338.
- 13. Verspyck E, Landman T, Marpeau L :** Méthodes diagnostiques et critères pronostiques en cas de rupture prématurée des membranes (hormis les marqueurs de l'infection). J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod. 1999 (28) : 626-634
- 14. Mirlesse V.** Rupture prématurée des membranes. Journal de pédiatrie et de puericulture. 2000; 13 Suppl 1: 23-8.
- 15. Rozenberg P.** Prise en charge non médicamenteuse et surveillance d'une rupture prématurée des membranes. J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod. 1999 ; 28(7):674-677.
- 16. Merveille M., Mauviel F., Parant O., Rème J.M.** Faut-il tocolyser les ruptures prématurées des membranes (RPM)? : Le pour. J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod. 2008 (36) : 331-333.
- 17. Kayem G, Maillard F :** Rupture prématurée des membranes avant terme : attitude interventionniste ou expectative. Gynecol objet fertile 2009 (37) :334-41.
- 18. Berland, Magnin.G :** La rupture prématuré des membranes Encycl.Med. Chir.Paris, 1982,5 :5072, B 10.

- 19. Keita M A.** La Rupture prématurée des membranes: aspect épidémiologique, cliniques et thérapeutiques au service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse de Médecine 2002 N023.
- 20. Cissé k** Facteurs de risque de la RPM au service de gynécologie et obstétrique du centre de sante de référence de la commune V du District de Bamako.
- 21- Traore A L.** Efficacité comparée de l'expectative armée et la conduite à tenir dans la prise en charge de la rupture prématurée des membranes à Bamako, thèse de Médecine 2001, no 10.
- 22. Boog G.** La rupture prématurée des membranes tirées obstétrique Université Francophone, Ellipses, Aupelp/UREF 1995 : P572-79
- 23. Andriamady RCL, Rasamacliosa JM; Rovaonarivoh H, Ranfalahye J.** Les Ruptures prématurés des membranes vues à la maternité de Befelatanana, centre hospitalier universitaire d'Antanarivo 1998 ; Arch Inst Paster Madagascar 1999 65 (2):100-02.
- 24. Ville Y ; Fernandez Y ; Frydman R.** L'antibiothérapie au cours des ruptures prématurées des membranes avant 37 SA Ne doit être systématique ? La lettre du gynécologue N°199 Février 1995.
- 25. Samake.A.** La Rupture prématurée des membranes : pronostic materno foetal de la rupture prématurée des membranes dans le service de gynécologie obstétrique au CHU point G. Thèse de médecine, janvier 2013.
- 26. Keita.N.** Facteurs de risque et pronostic materno foetal de la rupture prématurée des membranes dans le service de gynécologie du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse de médecine, avril 2009, N°11.
- 27. Gabriol D.** Est-il légitime de prescrire une antibiothérapie en cas de rupture prématuré des membranes avant terme ? INT ; Article a INIST CRRRS 2004

- 28. Adisso S, Takpara I, Téguté I et al.** Facteurs de risque de la rupture prématuré des membranes à la maternité nationale de référence de Cotonou. Fondation Genevoise pour la formation de la recherche 23 Aout 2006
- 29. Jacquetin B, Fondrinier C.** La rupture prématurée des membranes. Une énigme persistante. J Gynecol Obstet Biol Repord 1986, 15: 30-37
- 30. Thoulon JM, Pasquier JC, Audra P.** Surveillance du travail. Paris Masson 2003 : 273

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Numéro :

I-Identification de la femme

Q1 Age (en année): / 1 = (15 -19) ; 2= (20-24) ; 3 = (25-29) ; 4 = (30-34) ; 5 = (35-39) ; 6 = (40-44) ; 7= ≥ 45

Q2 Domicile:

Q3 Profession: / 1= Ménagère ; 2= Fonctionnaire ; 3= Elève ou Etudiante ;
4 = Autre

II- Variables Socio –Economiques

Q4 Niveau d'Etude : / 1= Non instruite ; 2 = Primaire ; 3= Secondaire ;
4= supérieur ; 5= Ecole coranique ; 6= Autre

Q5 Statut matrimonial 1= Mariée ; 2= Célibataire ; 3= Divorcé ; 5= Veuve

Ethnie // 1= Bambara ; 2= Peulh ; 3 =Sarakolé ; 4= Sonrhäï ; 5= Bozo ;
6= Sénoufo ; 7=Minianka ; 8= Soninké ; 9= Autre

III-Antécédents :

Q7 Antécédents médicaux : // 1= Non ; 2=Oui

Q7a Si oui, préciser

Q8 Antécédents chirurgicaux 1= Césarienne ; 2= Salpingectomie ;
3=Myomectomie ; 4= Autre

Q8a Si autre, préciser

Q9 Gestité : /1= Primigeste ; 2 = Paucigeste ; 3= Multigeste ; 4= Grande
Multigeste.

Q9 Si autre, préciser

Q10 Parité : //1=Nullipare ; 2= Primipare ; 3= Paucipare ; 4= Multipare ; 5=
Grande Multipare (> 6)

Q11 Nombre d'enfant Vivant //

Q12 Nombre d'Avortement : //

Q13 Nombre d'enfant Décédé : //

Q14 Nombre d'enfant Mort-né : //

PRONOSTIC FOETO-MATERNEL DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

Q15 Antécédents de rupture prématurée des membranes : / 1= Oui ; 2= Non

Q15a Si Oui préciser le nombre.....

Q16 Antécédents d'infection génitales /1= Leucorrhée ; 2= dysurie ;

3=Pollakiurie ; 4= Douleur au niveau des points urétéraux ; 5= Prurit vulvaire

IV-Grossesse :

17 qualification de l'agent qui a suivi la grossesse : // 1=Sage-femme ;

2= Médecin spécialiste ; 3Médecin généraliste ; 4= Infirmière obstétricienne ;

5= Matrone

6= Autre

Q17a Si autre, préciser

Q18 Consultation prénatale: // 1= Oui ; 2= Non

Q18a Si oui, préciser le nombre

V-Admission :

19 Mode d'admission / 1= Pieds ; 2= Ambulance ; 3= Taxi ; 4= Voiture

personnelle ; 5=Moto

Q20 Motif d'admission 1= Contractions utérines ; 2= Métrorragies ; 3= Perte

des eaux ; 4=Autre

Q20a Si autre, préciser

VI-Examen à l'entrée :

Q21 Age(SA) de la grossesse au moment de la rupture : / / 1= < 28 SA ; 2= (28-

36 SA) ; 3= ≥ 37 ; 4 Inconnue

Q22 Hauteur utérine(en cm) : / / 1=< 28 ; 2 = 28-33 ; 3= ≥ 34

Q23 Présentation du fœtus : / / 1= Siège ; 2= Céphalique ; 3= Transversale ;

4= Non déterminée

Q24 Bruit du cœur du fœtus (battement par minute) : // 1=< 120 ; 2= (120-160)

; 3= > 160

Q25 Température 1= < 37,4 ; 2= 37,5-37,9 ; 3= ≥ 38

Q26 Contraction utérine: // 1= Oui ; 2= Non.

Q27 Longueur du col en cm: // 1=Effacé ; 2= 1-2 cm ; 3= >2

PRONOSTIC FOETO-MATERNEL DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

Q28 Dilatation du col : / / 1= Fermé ; 2= < 3 cm ; 3= ≥ 3 cm

Q29 Métrorragie : / / 1= Oui ; 2= Non.

Q30 Caractéristique du liquide amniotique : / / 1= Ecoulement franc ;

2= Ecoulement minime ; 3= Absent

Q31 Coloration du liquide amniotique : / / 1= Clair ; 2= Teinte ; 3= Méconial ;

4= Sanglant ; Imprécis

VII-Examen complémentaire :

Q32 Groupage rhésus : / 1= A⁻ ; 2= A⁺ ; 3= B⁻ ; 4= B⁺ ; 5= O⁻ ; 6= O⁺ ; 7= AB⁻

; 8= AB⁺ ; 9= Autre

Q33 ECBU+PV: / 1= Bacille gram (-); 2= Bacille gram (+); 3= Chlamydiae;

4= Clostridium ; 5= Cocci (+) ; 6= Cocci(-) ; 7= Absence ; 8= Non fait

Q34 Echographie obstétricale: / 1= Normale ; 2= Amnios ; 3= Oligoamnios ;

4= Hydramnios ; 5= Non fait

VIII-Schéma thérapeutique :

Q35 Repos 1= Oui ; 2= Non

Q36 Antibiothérapie : / 1= Oui ; 2= Non

Q37 Corticothérapie : / 1= Oui ; 2= Non

Q38 Tocolyse : / 1= Oui ; 2= Non

Q39 Surveillance 1= Oui ; 2= Non

Q40 Travail : / 1= Oui ; 2= Non

Q41 Ocytocine : / / 1= Oui ; 2= Non

Q42 Prostaglandine : / 1= Oui ; 2= Non

IX- Accouchement :

Q43 Délais entre la rupture et le début du travail (en heure) :

Q44 Mode d' accouchement / 1= voie basse ; 2= Forceps ; 3= césarienne

Q45 Délivrance : / 1= Spontanée ; 2= Dirigée ; 3= Artificielle

X-Nouveau-né :

Q46 Poids : / / 1= < 2500g ; 2= (2500-4000g) ; 3= > 4000g

Q47 Taille : / / 1= < 47cm ; 2= ≥ 47cm

PRONOSTIC FOETO-MATERNEL DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

Q48 Apgar : // 1= ≤ 7 ; 2= > 7

Q49 Sexe : / 1= Masculin ; 2= Féminin

Q50 Antibiothérapie: // 1= Oui ; 2= Non ;

Q50a Si oui, préciser

Q51 Réanimation : / 1=Oui ; 2= Non

Q52 Vitamine K1 : // 1= Oui ; 2= Non

Q53 Solumédrol : // 1= OUI ; 2= Non

Q54 Référé en néonatalogie ou en pédiatrie 1= Oui ; 2= Non

Q55 petit côté des membranes : // 1= < 10 ; 2= > 10 cm

Q56 Longueur du cordon (en cm) : / 1= < 35 ; 2= ≥ 3

Q57 Complications : / 1= Prématurité ; 2= Chorioamniotite ; 3= Malformation ;

4= Néant ; 5=Autre

Q57a Si autre préciser

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : SAMASSEKOU

Prénoms : Mama dit Korokoï

E-mail : mamasamassekou76@gmail.com

Titre de thèse : Pronostic materno-foetal de la rupture prématurée des membranes à L'Hôpital Somine Dolo de Mopti.

Année universitaire : 2018-2019

Téléphone : (00223) 76.73.22.04 / 63.94.55.19

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de la faculté de pharmacie : FMOS et FAPH.

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique.

Résumé :

Introduction : La RPM reste toujours un problème très complexe en obstétrique malgré les avancées médicales.

Objectif : Etudier le pronostic materno-foetale de la RPM à L'Hôpital Somine Dolo de Mopti.

Méthode d'étude : Il s'agissait d'une étude prospective analytique cas/ témoin portant sur le pronostic materno-foetale de la RPM allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017, concernant 63 femmes.

Résultats : La fréquence de la rupture prématurée des membranes dans notre série par rapport au nombre d'accouchement est de 4,63% soit 63cas/1362 accouchements. La tranche d'âge de 20-24ans a été la plus représentée (36,5%). La plupart des gestantes était de conditions socio-économiques défavorables (non scolarisées 34,9% ; ménagères 58,7%) ; 76,2% n'avaient pas fait de bilan infectieux. 65,1% des gestantes avaient un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 SA. L'accouchement a été eutocique avec 63,5% par voie basse et la césarienne a été réalisée chez 36,5% des cas. Nous n'avons pas enregistré de

décès maternel chez les cas ainsi que chez les témoins. L'antibiothérapie a été réalisée systématiquement chez 58,7% des cas. La mortalité anténatale était 4,8% et nous avons enregistrés 19% de prématurité avec 1,6% de chorioamniotite.

Mots clés : RPM, antibiothérapie, prématurité, chorioamniotite.

Abstract: The frequency of premature rupture of membranes in our survey versus all deliveries is 4,63%. The age-group 20-24 has been mostly represented with 36,5%. The low social and economic conditions was mainly found (out-of-school 34,9%, house wife 58,7%); 76,2% didn't do the septic workup. 65,1% had a gestational age greater than or equal to 37 weeks of amenorrhea. The delivery was without problem in 63,5% of cases by delivery from low and the C-section about 36,5% of cases. There was no mother death in our survey. Antibiotic treatment was performed routinely in 58,7% of cases. The antenatal death was 4,8% with 19% of prematurity and 1,6% of chorioamnionitis.

Keywords: The premature rupture of membranes, antibiotic therapy, prematurity, chorioamnionitis.

SERMENT D'HYPPOCRATE

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'Etre Suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes **soins gratuits** à l'indigent et **n'exigerai jamais** un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.