

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO (USTTB)



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



Faculté de médecine et d'odontostomatologie

Année Universitaire 2022-2023

N°/..... /

Thème :

**RUPTURES UTERINES : Aspects
épidémio-clinique, thérapeutique et
pronostic au CSRéf de Koro.**

Présentée et soutenue publiquement le 13 /10 /2023

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : **M. Yacouba AYA**

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

Jury

Président : Pr Bakary Tientigui DEMBELE

Membres : Pr Moustapha Issa MANGANE

Dr Falaye KANTE

Co-directeur : Pr Amadou BOCOUM

Directeur : Pr Youssef TRAORE

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE :

Je dédie ce travail

A la mémoire de mon père feu Salif AYA (dors en paix très cher papa) :

Malgré que tu sois de l'autre côté du monde je sais que tu es là, jour et nuit à côté de moi. Qu'Allah le tout puissant t'accueille dans son paradis. Amen !!!

Tu es le père dont rêverait tout enfant travailleur, courageux, compréhensif, toujours assidu au travail pour que toute ta famille ne manque de rien. Je suis fier d'être ton fils et je ferais tout ce qui est à mon pouvoir pour que tu puisses être fier de moi comme tu as toujours été depuis que j'étais enfant.

Reçois ici ma profonde gratitude.

A ma mère Fatoumata AYA :

Femme courageuse, brave, croyante et généreuse. Tu as su bien prendre soin de nous tes enfants. Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que tu as fait pour moi. Grâce à toi j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la rigueur, le respect de soi et des autres. Ton principal souci a toujours été la réussite et le bonheur de tes enfants pour lesquels tu as consenti des sacrifices incommensurables. Je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils. Ce travail est le couronnement de tes efforts.

Puisse Allah te garder encore longtemps auprès de nous afin que tu puisses goûter aux fruits de ton labeur. Amine !!!

Je t'aime maman chérie.

A ma mère Fanta AYA :

Tu m'as tellement comblée d'affection et d'amour que mes frères et sœurs en étaient jaloux. Les mots me manquent pour exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance de m'avoir donnée la chance de téter, d'avoir supportée mes caprices. Merci de m'avoir rassurée dans mes moments de doute, boostée quand il le fallait mais également grondée quand je le méritais !!!

Merci de t'avoir sacrifiée pour me donner une éducation exemplaire et d'avoir fait de ma réussite une de tes préoccupations. Je me souviendrai toujours de tes conseils qui continuent de me guider jour après jour.

RUPTURES UTERINES : Aspects épidémio-clinique, thérapeutique et pronostic au CSRéf de Koro

A toutes les femmes qui ont subi une rupture utérine, à celles qui ont perdu la vie en donnant la vie, aucune femme au monde ne doit subir un tel sort.

Puisse le bon **Dieu** vous accueillir dans son éternel demeure. Amine !!!

REMERCIEMENTS

Au nom d'Allah, le tout miséricordieux, le très miséricordieux.

Je rends grâce à Allah

Allah, le tout puissant, le clément, le miséricordieux.

Par sa bonté et sa grâce, il m'a été possible de mener à terme ce travail. Fasse que je me souviens de sa miséricorde en toute circonstance, à chaque instant de ma vie éphémère comparée à celle que tu me promets à ceux qui suivent ton chemin à travers le prophète **Mohamed** (paix et salut sur lui).

A mon tonton Ousmane AYA :

Tu es la preuve de la bonté du seigneur, Cher tonton, ta gentillesse, ta disponibilité, ton attachement à la famille font de toi un exemple

C'est grâce à tes conseils, ton aide, ton soutien moral et financier en toutes circonstances que j'ai pu réaliser ce travail. Merci du fond du cœur.

A mes frères et sœurs : Youssouf, feu Moctar, Seydou, Anouh, Yaya Souleymane, Altiné et Mariam

A la FMOS :

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

A tout le corps professoral à la FMOS, ce travail est avant tout le vôtre pour la qualité de l'enseignement. Vous qui m'avez accueilli à Bamako comme votre enfant, trouvez ici ma reconnaissance et ma profonde gratitude. A mes amis

Vous avez été comme des frères pour moi, merci pour votre fidélité, votre confiance et surtout votre disponibilité pendant les moments difficiles. Jamais je ne trouverai les mots exacts pour vous exprimer tout mon amour, mon admiration et ma fierté. Vous m'avez entouré d'une amitié sincère. Merci ! A mes cadets de la faculté « La nuit est longue mais le jour viendra ». Bon courage et bonne abnégation. Merci pour votre disponibilité et votre respect.

Au personnel du Centre de Santé de Référence de Koro. Ça été un réel plaisir pour moi d'avoir effectué cette thèse dans votre centre. Mes vifs remerciements.

Aux Docteurs Adama SANOGO et Sékouba TOUNKARA:

Chers maîtres, vous êtes d'une rigueur, d'un courage, d'un sens social élevé si peu communs. Passionné du travail bien fait, vous êtes pour nous un modèle.

Nous avons appris à vos côtés et nous voudrions bien pouvoir vous imiter. Plus qu'un maître vous avez été pour nous un frère. Votre culture scientifique et l'abord facile font de vous des maîtres appréciés. Soyez rassurés chers maîtres, que vos enseignements nous serviront de modèle dans la carrière que nous allons embrasser.

Aux personnels du laboratoire : Les mots me manquent pour qualifier la disponibilité dont vous aviez fait preuve durant l'étude. Merci.

A toutes les sages-femmes, infirmières obstétriciennes, matrones et tous les aides, chirurgiens, anesthésistes, manœuvres Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

A nos maîtres du service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Touré : Je suis très heureux de vous compter parmi mes encadreurs. Votre rigueur et votre souci du travail bien fait m'ont permis d'apprendre et de progresser, merci. A mes collègues, cadets et amis du service Acceptez avec plaisir mes remerciements les plus sincères pour tout ce que j'ai appris avec vous et aussi pour vos encouragements interminables. A tout le personnel du service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Touré merci pour votre collaboration. A tous ceux qui ont apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail et dont les noms n'ont pas été cités. Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Docteur Ibrahima COULIBALY, Médecin chef du centre de santé de référence de Koro, cher maître en nous aidant dans la réalisation de cette thèse vous m'avez profondément marqué de votre personnalité, vous m'avez guidé tout au long de ce travail. Votre disponibilité à mes multiples sollicitations malgré vos occupations m'a émerveillé. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A mes Camarades, Cousins et amis : Boureima ZEBRE, Dr COULIBALY Demba,

Dr SAGARA Soumaila, Dr GORO Souleymane. Interne MORBA Harouna,

Internes Moïse et Dieudonné TOGO.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury : Pr Bakary Tientigui DEMBELE

- **Professeur titulaire en chirurgie digestive à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Chargé de cours à l'INFSS ;**
- **Membre de la SO.CHI.MA ;**
- **Membre de l'A.C.A. F ;**

Cher Maître

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations, prouve votre générosité et votre modestie.

Votre amour pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique, font de vous un maître admirable.

Recevez ici l'expression de notre gratitude et de nos profonds respects.

A notre Maître et Juge : Pr Moustapha Issa MANGANE

- **Maître de conférences en Anesthésie-Réanimation à la FMOS**
 - **Ancien interne des hôpitaux du Mali**
 - **Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Touré**
 - **Chef de service du bloc opératoire au CHU Gabriel Touré**
 - **Membre de la SARMU-Mali**
 - **Membre de la SARAF**
 - **Membre de la Fédération Mondiale des sociétés d'Anesthésie et Réanimation(WFSA)**
 - **Membre de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation(SFAR)**
 - **Titulaire d'un Diplôme inter Universitaire en neuro réanimation**
- Cher Maître,**

Vos excellentes qualités de médecin anesthésiste-réanimateur de terrain.

Votre dévouement envers vos patients, votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait font de vous un homme exemplaire.

Veillez accepter cher Maître nos sincères remerciements et soyez assuré de notre profonde gratitude.

A notre Maître et juge : Dr Falaye KANTE

- **Médecin chargé de la Santé de Reproduction au CSRéf de Koro ;**
- **Responsable de l'Unité de la Maternité du CSRéf de Koro ;**
- **Praticien Hospitalier au CSRéf de Koro**

Cher maître

Transmettre sa connaissance et son savoir-faire aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeurs inestimables. En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir. Vous n'avez ménagé ni votre temps ni votre patience dans la rédaction de cette thèse.

Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite et de votre savoir-faire. Votre caractère social hautement apprécié fait de vous un personnage de classe exceptionnelle. Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude.

A notre Maître et Codirecteur : Pr Amadou BOCOUM

- **Maître de conférences en gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Gabriel TOURE ;**
- **Titulaire d'un diplôme inter Universitaire d'échographie en gynécologie et obstétrique en France,**
- **Titulaire d'un diplôme inter Universitaire de Cœlioscopie en gynécologie en France,**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie de l'Université Paris Descartes,**
- **Secrétaire général adjoint de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO)**

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de porter un écart critique sur ce travail nous a profondément touché, votre simplicité, vos qualités humaines et vos qualités de pédagogie explique toute admiration que nous éprouvons à votre égard. Vous êtes un exemple de générosité et de disponibilité. Trouvez ici l'expression de notre grande estime. Que Dieu vous accompagne dans votre carrière.

A notre maître et directeur de thèse : Pr Youssouf TRAORE

- **Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE ;**
- **Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) au Mali ;**
- **Président de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO),**
- **Vice-président de la société Africaine de gynécologie Obstétrique (SAGO) ;**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire de Méthodologie de recherche clinique de Bordeaux II ;**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;**
- **Enseignant chercheur.**

Cher maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail qui est également le vôtre car vous l'avez conçu et suivi de bout en bout.

Au cours de ce travail, nous avons découvert un homme ouvert, toujours souriant, accueillant et disponible. Vos qualités d'homme de science et de recherche, votre modestie, font de vous un exemple à suivre. Cher maître, aucun mot ne pourra exprimer tous nos sentiments à votre égard. Merci !

Sigles et abréviations

AVP : Accident de la voie publique ;
BCF : Bruits du cœur fœtal ;
BGR : Bassin généralement rétréci ;
CCC : Communication pour le changement de comportement ;
CHU : Centre hospitalier universitaire ;
Cm : Centimètre ;
CPN : Consultation pré natale ;
CPON : Consultation post natale ;
CSCom : Centre de santé communautaire ;
CSRéf : Centre de santé de référence ;
Cu : Contraction utérine ;
DDR : Date des dernières règles ;
FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie ;
FR : Fréquence respiratoire ;
Gr : Gramme
Gr- Rh : Groupage rhésus ;
GT : Gabriel TOURE ;
Hb : Hémoglobine ;
HPPI : Hémorragie du post partum immédiat ;
HRP : Hématome retro placentaire ;
HTA : Hypertension artérielle ;
HU : Hauteur utérine ;
IIG : Intervalle inter génésique ;
LRT : Ligature et résection des trompes ;
mmhg : Millimètre de mercure ;
mm : Millimètre ;
NFS : Numération formule sanguine ;
PF : Planification familiale ;
PMA : Procréation médicalement assisté ;
PP : Placenta prævia ;
RU : Rupture utérine ;
T° : Température
TA : Tension artérielle ;
VAT : Vaccin anti tétanique ;

VIH : Virus immuno déficience humaine ;

VME : Version par manœuvre externe ;

VMI : Version par manœuvre interne ;

Liste des figures

Figure 1 : Utérus gravide avec ses 3 parties.....	26
Figure 2 : Rupture utérine segmentaire antérieure.....	43
Figure 3 : Syndrome de pré-rupture (Utérus en sablier).....	49
Figure 4: Evolution des ruptures utérines par année d'accouchement.....	75
Figure 5: Répartition des patientes selon la profession.....	76
Figure 6 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction	76
Figure 7 : Répartition des patientes selon le mode d'admission	77
Figure 8 : Répartition des patientes selon le moyen de transport.....	77
Figure 9 : Répartition des patientes selon la parité	78
Figure 10 : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.....	79
Figure 11 : Répartition des patientes selon la qualification de l'auteur des CPN.....	81
Figure 12 : Répartition des patientes selon le siège de la rupture.....	86
Figure 13 : Répartition des patients selon le type d'intervention.....	87
Figure 14 : Répartition des patientes selon la transfusion sanguine.....	88
Figure 15 : Répartition des patientes le pronostic maternel.....	89
Figure 16 : Répartition des patientes selon l'état du nouveau-né.....	90
Figure 17 : Rupture utérine segmentaire.....	111
Figure 18 : Rupture utérine segmento-corporéale.....	111

Liste des tableaux

Tableau I : Evolution de la hauteur utérine	27
Tableau II : Situation des personnels du CSRéf	68
Tableau III : Liste des variables étudiées.....	70
Tableau IV : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.....	75
Tableau V : Répartition des patientes selon la distance parcourue entre le domicile ou le centre sante de référence/évacuation et le CSRéf.....	78
Tableau VI : Répartition des patientes selon l'intervalle intergenegique.....	79
Tableau VII : Répartition des patientes selon le motif d'admission.....	80
Tableau VIII : Répartition des patientes selon le nombre des CPN.....	80
Tableau IX : Répartition des patientes selon le lieu de déroulement du travail.....	81
Tableau X : Répartition des patientes selon l'état général au moment du diagnostic.....	82
Tableau XI : Répartition des patientes selon la coloration conjonctivale.....	82
Tableau XII : Répartition des patientes selon la présence des BCF.....	83
Tableau XIII : Répartition des patientes selon la variété de la présentation.....	83
Tableau XIV : Répartition des patientes selon le facteur de risque de la rupture utérine.....	84
Tableau XV : Répartition des patientes selon la durée du travail d'accouchement.....	84
Tableau XVI : Répartition des patientes selon le moment du diagnostic de la rupture.....	85
Tableau XVII : Répartition des patientes selon la nature de la rupture.....	85
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le type de lésions associées....	86
Tableau XIX : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement.....	87
Tableau XX : Répartition des patientes selon le traitement post opératoire....	88
Tableau XXI : Répartition des patientes selon la suite postopératoire.....	89

Tableau XXII : Relation entre la nature de la rupture et la distance parcourue.....	90
Tableau XXIII : Relation entre la nature de la rupture et la suite post opératoire.....	91
Tableau XXIV : Relation entre la nature de la rupture et le pronostic maternel.....	91
Tableau XXV : Relation entre la nature de rupture et le pronostic foetal.....	92
Tableau XXVI : Relation entre le mode d'accouchement le pronostic foetal.....	92
Tableau XXVII : Score d'APGAR.....	110

Sommaire :

Introduction.....	20
Objectifs.....	23
Généralités.....	25
Méthodologie.....	66
Résultats.....	75
Commentaires et discussion.....	94
Conclusion et recommandations.....	101
Références.....	105
Annexes.....	110

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide. En effet, il s'agit d'une affection obstétricale redoutable dont le pronostic materno-fœtal est mauvais [1].

Elle peut survenir sur utérus cicatriciel ou sur utérus sain. En France, La fréquence de la rupture utérine est de 0,05% dans l'étude de **Guiliano et al.** [2]. En Espagne, **Pérez-Adán et al.** [3] ont évalué la fréquence des ruptures utérines à 0,078% et 0,31% en cas d'utérus cicatriciel.

En Afrique au Sud du Sahara, elle varie de 0,61% à 11,5% [4] [5].

Diallo et al. [6] ont rapporté 0,36% de fréquence de rupture utérine à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry, Guinée.

Au Mali, ce sujet a été l'objet de plusieurs travaux antérieurs sous forme de thèses de doctorat en médecine [7][8][9][10][11].

Au CHU Gabriel Touré, elle constituait la 4^{ème} cause de décès maternel avec 8,12%. [8]

La rupture utérine constitue l'un des principaux motifs d'urgences obstétricales au service de Gynécologie - Obstétrique de l'hôpital du Point G [11].

Une étude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako montre que la rupture utérine occupe la deuxième place avec une fréquence relative de 20% des décès [10]. La rupture utérine demeure une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelles dans les pays du tiers monde, particulièrement au Mali. Elle entraîne, 30% des principales causes de décès dans les pays en voie de développement [7].

Le pronostic des ruptures utérines est péjoratif dans les pays en voie de développement avec un taux de mortalité maternelle compris entre 11.26 et 35% et un taux de décès fœtal entre 80% et 100% [4][12][13].

Dans les pays développés, le pronostic materno-fœtal est de loin meilleur avec zéro décès maternel dans les séries de **Guiliano et al.**[2], **Bujold et al.**[14], **Zwart et al.**[15], **Menihan et al.**[16] et **Yap et al.**[17]. Dans ces séries le décès fœtal variait entre 0 et 13, 6%. La césarienne représente le facteur de risque essentiel des ruptures utérines. Plusieurs autres facteurs sont incriminés: mal présentations, dystocies cervicales, inductions de travail, post terme, âge maternel avancé, multiparité, macrosomie fœtale, grossesses multiples, anomalies utérines congénitales et accouchement instrumental [18]. Les signes et symptômes classiques sont rares et il n'existe pas nécessairement une relation de cause à effet entre la clinique du patient et le degré d'atteinte de l'utérus, **Guiliano et al** [2]. Le traitement chirurgical conservateur lors de la réparation utérine est réservé aux mères ayant: le désir d'un futur enfant, une légère rupture utérine transverse, sans extension de la rupture aux ligaments, col et cul de sac, une hémorragie utérine facilement contrôlable, un bon état général, pas de signe évident clinique et paraclinique de coagulopathie. L'hystérectomie devra être pratiquée dans le cadre d'une hémorragie importante et incontrôlable, d'une rupture à des sites multiples ou longitudinale [18]. Quant à la prévention, elle nécessite une politique de santé bien élaborée, prenant en compte une meilleure couverture sanitaire, une dotation suffisante des infrastructures, une bonne formation et répartition du personnel qualifié, une meilleure organisation de la référence/évacuation et une bonne communication pour le changement de comportement (CCC) de la population. Malgré les orientations politiques du Mali en matière de santé de la reproduction ces dernières années notamment : l'organisation de la référence /évacuation et la gratuité de la césarienne, ce drame demeure une réalité dans notre pays avec une disparité régionale. Cette pathologie ne doit pas être une fatalité dans nos pays. Aucune étude n'a été réalisée sur la rupture utérine au CS Réf de Koro d'où l'intérêt de notre étude. Pour mieux cerner ce problème, nous avons initié ce travail au CS Réf de Koro. Ainsi nous nous sommes assigné les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

2.1. Objectif Général :

Etudier les aspects épidémio-clinique, thérapeutique et pronostic des ruptures utérines dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CSRéf de Koro.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière des ruptures utérines.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes.
- Déterminer les aspects cliniques des ruptures utérines.
- Décrire la prise en charge des ruptures utérines.
- Déterminer le pronostic materno-fœtal et néonatal.

GENERALITES

III. Généralités :

3.1. Définition :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide. En effet, il s'agit d'une affection obstétricale redoutable dont le pronostic materno-fœtal est mauvais sur le plan morbidité et mortalité [19].

3.2. Epidémiologie :

Le taux de rupture utérine retrouvé dans la littérature varie selon les pays, l'existence ou non d'une cicatrice utérine, la définition du terme de rupture retenue par l'auteur et selon que la patiente soit en travail ou non. Il s'agit d'un événement rare [14]. Dans les pays développés, le taux global varie entre 0,02 % et 0,091 %. En cas d'utérus cicatriciel, il est évalué selon les études entre 0,13% et 1%. On l'estime entre 0 et 0,02% sur utérus sain [14] [20]. Par ailleurs, dans les pays en voie de développement, notamment en Afrique subsaharienne, la rupture utérine reste une pathologie fréquente (3% des accouchements environ), et 40 à 80 % surviennent sur un utérus sain [20]. La fréquence de cette pathologie dépend donc très fortement de l'organisation socio-sanitaire du pays, de même que ses conséquences pour la mère et l'enfant (problème de distance pour se rendre sur le lieu de l'accouchement, mauvaises infrastructures routières et sanitaires, manque de personnel qualifié...) [20] [21].

3.3. Anatomie de l'utérus gravide :

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

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

1. Col
2. Segment inférieur
3. Corps
4. Péritoine adhérent
5. Péritoine décelable

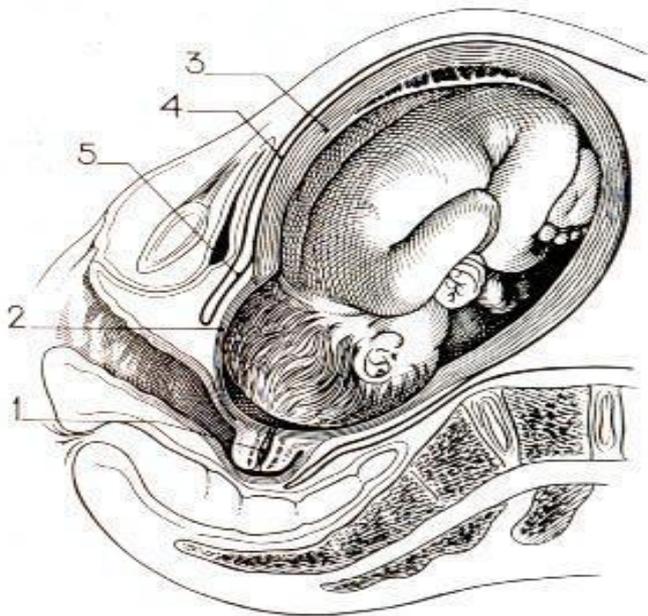


Figure 1 : Utérus gravide avec ses 3 parties [1].

3.2.1. Anatomie descriptive et rapports :

a. Corps de l'utérus :

Anatomie macroscopique :

Situation du fundus utérin :

En début de grossesse, il est pelvien. A la fin du 2^{ème} mois, il déborde le bord supérieur du pubis. A la fin du 3^{ème} mois, il est à environ 12cm, soit 3 travers de doigt au-dessus du pubis, il devient nettement palpable.

A partir de ce stade, il s'éloigne chaque mois du pubis d'environ 4cm :

- à 4 mois ½, il répond à l'ombilic
- et à terme, il est à 32 cm du pubis.

➤ Volume et dimensions

L'utérus augmente progressivement de volume, d'autant plus vite que la grossesse est plus avancée. L'augmentation est due à l'hypertrophie des éléments musculaires par hyperplasie des éléments existants et métaplasie à partir des histiocytes, puis à la distension des parois utérines par l'œuf. Cette croissance se fait en deux périodes :

La première est la phase d'épaississement des parois. L'utérus a une forme sphéroïdale.

La seconde phase est celle de distension. L'utérus est ovoïde à grosse extrémité supérieure.

Le passage de la première phase à la seconde porte le nom de conversion. Elle survient habituellement au cours de la vingtième semaine.

Tableau I : Evolution de la HU.

Période	Hauteur	Largeur
Utérus non gravide	6 - 8 cm	4 - 5 cm
A la fin du 3 ^{ème} mois	13 cm	10 cm
A la fin du 6 ^{ème} mois	24 cm	16 cm
A terme	32 cm	22 cm

➤ **Forme** La forme de l'utérus varie avec l'âge de la grossesse : globuleux pendant

les premiers mois, l'utérus peut avoir un développement asymétrique. Mais au 2^{ème} mois : il est sphérique, semblable à une " orange ".

Au 3^{ème} mois : il a la taille d'une " pamplemousse ". Après le 5^{ème} mois : il devient cylindrique, puis ovoïde à grand axe vertical et à grosse extrémité supérieure pendant les derniers mois.

➤ **Capacité :**

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

➤ **Poids :**

Non gravide, l'utérus pèse 50 à 80 g. Gravide il pèse : 200g à 2 mois ½, 700g à 5 mois, 950g à 7 mois ½ et 800 à 1200g à terme.

➤ **Epaisseur des parois :**

Au début de la grossesse, les parois s'hypertrophient et son épaisseur vers le 4^{ème} mois est de 3cm, puis elles s'amincissent progressivement en proportion de la distension de l'organe. A terme, l'épaisseur des parois est de 8 à 10 mm au niveau du fond et 5 à 7 mm au niveau du corps.

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

➤ **Consistance :**

Non gravide, l'utérus est ferme et il se ramollit pendant la grossesse.

➤ **Direction :**

Au début de la grossesse, l'utérus est habituellement antéversé et peut tomber en rétroversion. Mais quelle que soit sa direction, il se redresse spontanément dans le courant du 2^{ème} ou 3^{ème} mois.

A terme, sa direction sagittale dépend de l'état de tonicité de la paroi abdominale. Chez la femme debout l'axe de l'utérus est sensiblement parallèle à celui du détroit supérieur si la paroi abdominale est résistante.

Quand la paroi est flasque, l'utérus se place en antéversion.

Sur le plan frontal, le grand axe utérin s'incline en général du côté droit dans **76%** des cas. Cette dextro-rotation de gauche à droite oriente la face antérieure de l'utérus en avant et à droite.

➤ Rapport :

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

A terme, l'utérus est abdominal.

➡ En avant :

Sa face antérieure répond à la paroi abdominale, parfois le grand omentum et plus rarement les anses grêles. Elle rentre en rapport dans sa partie inférieure avec la vessie lorsque celle-ci est pleine.

➡ En arrière :

Il est en rapport avec la colonne vertébrale, la veine cave inférieure et l'aorte abdominale, sur les flancs avec les muscles psoas croisés par les uretères et une partie des anses grêles.

➡ En haut :

Le fond utérin soulève le colon transverse et refoule l'estomac en arrière. A droite, il répond au bord inférieur du foie. Le bord droit tourné vers l'arrière rentre en contact avec le cœcum et le colon ascendant. Le bord gauche quant à lui, répond à la masse des anses refoulées et au colon descendant.

➡ En bas :

On a le segment inférieur.

✓ Anatomie microscopique :

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

➡ Séreuse :

Elle s'hypertrophie en suivant le développement du muscle. Elle adhère intimement au corps mais se clive facilement du segment inférieur. La ligne de démarcation entre les deux s'appelle la ligne de solide attache du péritoine.

➔ **Musculeuse :**

Elle est constituée de trois couches de fibres lisses qui ne peuvent être mises en évidence que sur l'utérus distendu. Ces couches sont constituées de tissus conjonctifs et musculaires à savoir : couche externe (fibres longitudinales), couche moyenne (plexiforme) et couche interne (fibres transversales).

Le taux de tissu musculaire augmente au cours de la grossesse : près du terme, il atteint 69% au niveau du corps utérin alors qu'il reste à 10% au niveau du col.

➔ **Muqueuse :**

Dès l'implantation, elle se transforme en 3 caduques ou déciduales :

La caduque basale ou inter – utéro placentaire est située entre le pôle profond de l'œuf et le muscle utérin.

La caduque ovulaire recouvre l'œuf dans sa partie superficielle et le sépare de la cavité utérine.

La caduque pariétale qui répond à la partie extra placentaire de la cavité utérine.

b. Segment inférieur :

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

Il est créé par la grossesse et disparaît avec elle : c'est donc une « entité anatomique et physiologique » qu'acquiert l'utérus gravide au cours de la gestation. Sa forme, ses caractères, ses rapports, sa physiologie et sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable.

✓ Anatomie macroscopique :

➔ Situation :

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

➔ Caractères :

Son caractère essentiel est sa minceur de 2 à 4 mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation, circonstance réalisée au maximum dans la présentation du sommet engagée. La minceur traduisant l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie. La bonne ampliation du segment inférieur, appréciée par la clinique est un élément favorable du pronostic de l'accouchement.

❖ Forme :

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

❖ Limites :

La limite inférieure correspond avant le travail à l'orifice interne du col.

La limite supérieure se reconnaît par le changement d'épaisseur de la paroi qui augmente assez brusquement en devenant corporeale. On s'est attaché à rechercher des repères sans grand intérêt pratique. Ainsi a-t-on associé à cette limite supérieure :

- Soit la limite de forte adhérence du péritoine selon HOFFMEYER et BENKISER ;
- Soit l'existence contestée d'un gros sinus veineux, appelé veine coronaire ; -
Soit la première branche artérielle importante du corps utérin.

❖ Orientation- formation :

Le segment inférieur se développe au dépend de l'isthme utérin qui est une zone ramollie dès le début de la grossesse (signe de Hegar).

Cependant, il acquiert son ampleur qu'après le sixième mois, plutôt et plus complètement chez la primipare que chez la multipare. Pendant le travail, le col effacé et dilaté se confond avec le segment inférieur en constituant le canal cervico-segmentaire.

❖ Dimensions :

A terme, le segment inférieur mesure environ : 7 à 10 cm de hauteur et 9 à 12 cm de largeur.

Les dimensions varient selon la présentation et le degré de l'engagement. Sa minceur permet parfois de sentir le fœtus.

✓ Anatomie microscopique (structure) :

Le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques. Il s'identifie véritablement par sa texture amincie. Histologiquement, le segment inférieur n'a pas de couche plexiforme du myomètre qui est la plus résistante. La musculature est très mince, faite d'une quinzaine de couches musculaires. Des fibres prenant mal les colorants, venus du corps, gagnent après avoir tapissé le segment inférieur, le col et vagin.

La muqueuse se transforme en caduque, mais en mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.

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

☞ En bas :

La limite inférieure correspond à l'orifice interne du col.

➔ En haut :

Extérieurement le segment inférieur est limité par la zone de transition entre le péritoine adhérent et le péritoine clivable.

➔ Face antérieure :

Il est recouvert par le péritoine viscéral, solide, peu adhérent et facilement décollable.

Ceci permet de bien protéger la cicatrice utérine après une césarienne segmentaire. La face antérieure répond à la vessie dont elle est séparée par le cul-de-sac vésico-utérin. Séparée du segment inférieur par du tissu conjonctif lâche, la vessie peut être facilement décollée et refoulée vers le bas. Il y a une ascension de la vessie en fin de gestation lorsque la présentation est engagée. Ainsi, elle a tendance à devenir sus-pubienne, peut masquer le segment inférieur et être atteinte au cours de la rupture utérine.

➔ Face postérieure :

Le cul-de-sac de Douglas devenu plus profond, sépare le segment inférieur du rectum et du promontoire.

➔ Faces latérales :

Elles sont en rapport avec la base du ligament large dont les feuilles, antérieure et postérieure s'écartent fortement.

Dans ce paramètre, se trouvent les rapports chirurgicaux importants : la gaine hypogastrique (artère utérine et uretère pelvien). La dextro-rotation utérine rend plus intime au segment inférieur les rapports latéraux droits, exposant ainsi en avant le pédicule utérin gauche distendu. Cette situation explique la fréquence des lésions du pédicule utérin gauche au cours de la rupture utérine.

✓ Physiopathologie :

L'importance du segment inférieur est considérable aux triples points de vue clinique, physiologique et pathologique.

➤ Etude clinique :

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

➤ Physiologie :

C'est un organe passif se laissant distendre. Situé comme un amortisseur entre le corps sur le col, il conditionne les effets contractiles du corps sur le col. Il s'adapte à la présentation qu'il épouse exactement dans l'eutocie en s'amincissant de plus en plus et en laissant aisément le passage au fœtus. Il reste au contraire flaque, épais et distendu dans la dystocie.

➤ Pathologie :

Il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique :

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

c. Le col de l'utérus :

Organe de la parturition, le col utérin se modifie essentiellement pendant le travail. Il est peu modifié pendant la grossesse contrairement au corps.

❖ Forme et volume :

Ils ne changent presque pas.

➤ Situation et direction :

Elles ne changent qu'à la fin de la grossesse lorsque la présentation s'accommode ou s'engage. Il se reporte souvent en bas et en arrière vers le sacrum et est parfois difficilement accessible au toucher vaginal.

➤ Consistance :

Le col se ramollit au bout de quelques semaines de grossesse. Il devient mou comme la lèvre (*signe de Tarnier*). Au cours des dernières semaines de grossesses le col devient très mou sur toute sa hauteur : on dit qu'il " mûrit ". Il est formé d'une masse centrale de tissu non contractile.

➡ Aspect et dimensions :

- * Pendant la grossesse, ses dimensions sont stables. Il est rose violacé (*signe de Chadwick*) avec dans l'endocol un bouchon muqueux dense.
- * Pendant le travail, sous l'effet des contractions utérines, il va successivement s'effacer puis se dilater par :

➡ Le phénomène d'effacement :

L'orifice interne perd sa tonicité et le canal cervical s'évase progressivement et s'incorpore à la cavité utérine.

➡ La dilatation :

Elle se caractérise par l'ouverture de l'orifice externe " comme le diaphragme d'un appareil photographique ".

Si la succession des deux phénomènes est de règle chez la primipare, il n'en est pas de même chez la multipare où l'effacement et la dilatation du col évoluent souvent de pair.

➡ Etat des orifices : Il ne varie pas.

- * Chez la primipare les orifices restent fermés jusqu'au début du travail ;
- * Chez la multipare, l'orifice externe est souvent entrouvert (c'est le col déhiscent de la multipare). L'orifice interne peut être lui aussi perméable au doigt dans le dernier mois. Il peut être franchement dilaté mais le col conserve sa longueur et ne s'efface pas avant le travail. Ils ne sont que la suite naturelle de l'ampliation et de la formation du segment inférieur.

3.2.1. Vascularisation et innervation de l'utérus gravide :

a. Vascularisation :

❖ **Artères :**

Les artères sont : artère utérine, ovarique et funiculaire.

➡ Artère utérine :

Les branches de l'artère utérine, augmentent de longueur. Elles restent cependant flexueuses.

De chaque côté, elles s'anastomosent entre elles, mais non avec celles du côté opposé. Il existe une zone médiane longitudinale peu vascularisée qui est empruntée par l'incision de l'hystérotomie dans la césarienne corporéale. Dans l'épaisseur du corps, elles parcourent les anneaux musculaires de la couche plexiforme, deviennent rectilignes et s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire.

Le col est irrigué par les artères cervico-vaginales qui se bifurquent pour donner deux branches : une branche antérieure et une branche postérieure, avant de pénétrer dans son épaisseur. Cette disposition permet la dilatation du col.

C'est après la délivrance que la rétraction de l'artère utérine entraîne une augmentation de son calibre.

➔ **Artère ovarienne :**

L'augmentation de calibre de l'artère ovarienne croit de son origine à sa terminaison pour atteindre dans la région infra-annexielle un calibre égal à celui de l'artère utérine et s'anastomoser à plein canal. Elle double et même triple de diamètre pendant la grossesse.

➔ **Artère funiculaire :**

Elle est, pour l'utérus gravide, d'une importance fonctionnelle négligeable.

❖ **Veine :**

Elles sont considérablement développées et forment les gros troncs veineux latéro-utérins.

Ceux-ci collectent les branches corporéales réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche plexiforme. Après la délivrance, les branches corporéales sont soumises à la rétractilité des anneaux musculaires.

❖ **Les lymphatiques :**

Nombreux et hypertrophiés, ils forment trois réseaux communiquant largement entre eux. Ce sont les réseaux : muqueux, musculaires et sous-séreux. *b. Innervation*

Deux systèmes sont en jeu :

- Le système intrinsèque :

C'est un appareil nerveux autonome.

Il s'occupe surtout du col et du segment inférieur et donne ainsi à l'utérus une autonomie fonctionnelle relative. Il est formé de ganglions intra muraux. Leur rôle est tantôt neurocrine, réflexe ou dorigène.

- Le système extrinsèque :

Il est formé par les plexus hypogastriques inférieurs qui sont plaqués sur la face latérale des viscères pelviens (utérus et vagin, rectum et vessie). Il est formé de ganglions juxta muraux ou ganglions hypogastriques ou ganglions de Lee et Frankenhauser.

Ces plexus proviennent :

- Des racines lombaires : sympathiques ou nerfs splanchniques pelviens ;
- Des racines sacrées de nature parasympathique.

Les voies sensibles remontent le long des utéro sacrés vers le nerf presacré. Les voies motrices semblent emprunter les voies du parasympathique pelvien.

3.2. Physiologie de l'utérus gravide :

Le déclenchement du travail est sous contrôle neurologique et hormonal.

3.2.1. Filets sympathiques (nerfs hypogastriques) :

Ils assurent surtout la conduction de la douleur et la rétractilité corporelle. Les filets parasympathiques (nerfs érecteurs) règlent la tonicité et la rétractilité du segment inférieur et du col.

3.2.2. Excitabilité conductibilité des fibres utérines : Elles sont par ailleurs soumises à une influence hormonale :

- Les œstrogènes rendent la fibre excitable et conductible
- La progestérone augmente la liaison du Ca-ATPases dépendante, diminuant ainsi la concentration de Ca^+ libre intracellulaire et la perméabilité de la membrane au Ca^+ .

Elle inhibe l'apparition des ponts d'ancrage, empêchant la synchronisation et en outre la propagation des potentiels d'action.

- ➔ L'ocytocine augmente l'excitabilité d'une fibre sous domination œstrogénique et reste sans influence sur la fibre inhibée par la progestérone.
- ➔ Les prostaglandines jouent un rôle important dans l'induction de l'activité myométriale.

La sensibilité aux prostaglandines dépend comme pour l'ocytocine des variations des hormones stéroïdes.

Les contractions utérines résultent d'un raccourcissement des chaînes de protéines contractiles ou actinomyosines, grâce à l'énergie libérée par l'adénosine triphosphate en présence d'ions. Les contractions utérines peuvent naître de n'importe quel point du muscle utérin. L'utérus se contracte du fond jusqu'au niveau du col.

Au début du travail, les contractions utérines sont espacées, peu intenses et indolores. Elles sont infra-cliniques. Après elles se rapprochent, deviennent plus intenses et douloureuses.

3.2.3. Caractéristiques des contractions utérines douloureuses : ($\text{I}^2\text{R}^2\text{TP}$) : Elles sont douloureuses et :

- Involontaires et intermittentes (I^2) ;
- Régulières et rythmées (R^2) ;

- Totales (du fond jusqu'au col utérin) ;
- Progressives : en durée (satisfaisante et non fugace au moins 15 à 20 secondes), de fréquence (d'abord toutes les 10 mn, puis se rapprochant régulièrement pour arriver à la fréquence d'une contraction utérine toutes les 3 à 5 mn) et en intensité.

Elles ont pour effets :

- L'effacement et la dilatation du col ;
- L'accommodation fœto-pelvienne ;
- L'engagement, la descente, la rotation et l'expulsion fœtale.

3.3. Mécanismes des ruptures :

3.3.1. Analyse des contractions utérines anormales :

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

a. Hypercinésie de fréquence :

En cas d'obstacle *prævia*, les contractions utérines entraînent rapidement une rétraction utérine ayant comme conséquence la rupture utérine. Il faut craindre une inertie utérine après cette hypercinésie.

b. Hypertonie utérine :

L'utérus est permanemment tendu et dur. La palpation est douloureuse, même dans l'intervalle des contractions utérines. C'est un défaut de relâchement du myomètre entre les contractions. Le danger est la perturbation des échanges fœto-maternels entraînant une souffrance fœtale par hypoxie.

c. Rétraction utérine :

C'est la contracture permanente. Elle s'observe dans certaines situations telles que :

- Le travail prolongé avec rupture précoce de la poche des eaux ;

- La lutte de l'utérus contre un obstacle prævia (fibrome) ;
- La présentation vicieuse abandonnée à elle-même (face enclavée, front, épaule).

NB : si un obstacle existe ou si la musculature utérine est de mauvaise qualité, le mécanisme normal de l'accouchement se trouve alors perturbé. L'utérus lutte. Si cette cause persiste, le muscle utérin se contracte, se tétanise et le syndrome de pré rupture apparaît.

Il finit par se rompre en absence de prise en charge adéquate. Cette rupture siègera volontiers au niveau du segment inférieur.

3.3.2. Théories :

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

a. Théorie de BANDL :

Cette théorie explique surtout les ruptures utérines par dystocie osseuse.

Ainsi, l'explication de BANDL est la plus objective : le segment inférieur subit une élongation, puis un éclatement en sa partie occupée par la présentation du fœtus, distendue à l'extrême amincissement pendant que le corps utérin le tiraille de bas en haut.

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

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

L'utérus prend alors une forme caractéristique (celle du Sablier ou de la coque d'arachide). Cette situation aboutit à une mort fœtale in utero, puis à la rupture utérine proprement dite.

b. Théorie de l'usure perforante :

Selon celle-ci, la rupture s'expliquerait par une contraction prolongée et de plus en plus accrue de la paroi utérine sur le relief du détroit supérieur. Le muscle utérin est toujours pris dans un étau dont l'un des bords est constitué par le pôle fœtal et l'autre par la paroi pelvienne. Au fur et à mesure que le travail progresse, l'étau se resserre, puis lorsque la pression devient trop forte, apparaît la rupture.

Cette théorie, a été évoquée par **Mme Lachapelle** qui avait émis l'idée que le segment inférieur tirailé, était comme éliminé, puis comprimé entre le bassin et la présentation. Il subissait alors une sorte d'usure perforante si bien que fissuré, il finissait par se rompre.

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

Ce mécanisme intervient incontestablement dans certaines ruptures telles que les ruptures tardives par chute d'escarres avec lésion viscérales associées et les ruptures survenant dans les bassins « crêtes » ou à « épines » selon **Killan**.

3.4. Rupture utérine compliquée :

On parle de rupture utérine compliquée quand, en plus de la lésion utérine, s'ajoute une lésion d'autres organes due à la prolongation de la déchirure utérine.

Les complications sont variables et souvent plusieurs organes peuvent être atteints.

On peut aussi observer :

- Des lésions intestinales : elles sont dues le plus souvent à une compression ou à l'existence d'adhérences antéro-utérines.
- Des lésions vaginales : le dôme vaginal est ici le plus souvent atteint.
- Des lésions vésicales ou urétérales : c'est le cas le plus fréquent.

Elles sont d'autant plus probables et plus graves que le travail est prolongé. Elles sont dues à la compression de la vessie et/ou de l'uretère par la présentation. Les

adhérences post césariennes modifient les rapports de l'utérus et de la vessie qui est alors plus exposée.

Les lésions vésicales entraînent le plus souvent des fistules et les fistules vésicovaginales sont les plus fréquentes.

- Les uretères sont atteints dans leur trajet pelvien.
- Des lésions vasculaires

Les vaisseaux (pédicules utérins) peuvent être atteints entraînant un hémopéritoine très important avec perturbation de l'état hémodynamique de la patiente. Elles compromettent le pronostic maternel.

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

3.5. Lésions anatomiques :

L'étude anatomopathologique permet de dégager les caractères essentiels des ruptures utérines. La description des lésions est capitale et doit figurer dans le protocole opératoire. La conduite à tenir est dictée par la nature des lésions.

3.5.1. Siège :

On distingue trois grands groupes :

a. Ruptures utérines segmentaires :

Elles sont de loin les plus fréquentes. Complètes ou non, traumatiques ou spontanées, iatrogènes ou non, elles peuvent siéger en tout point du segment inférieur. Il peut s'agir d'une rupture utérine segmentaire antérieure ou postérieure. Les deux faces peuvent être atteintes.

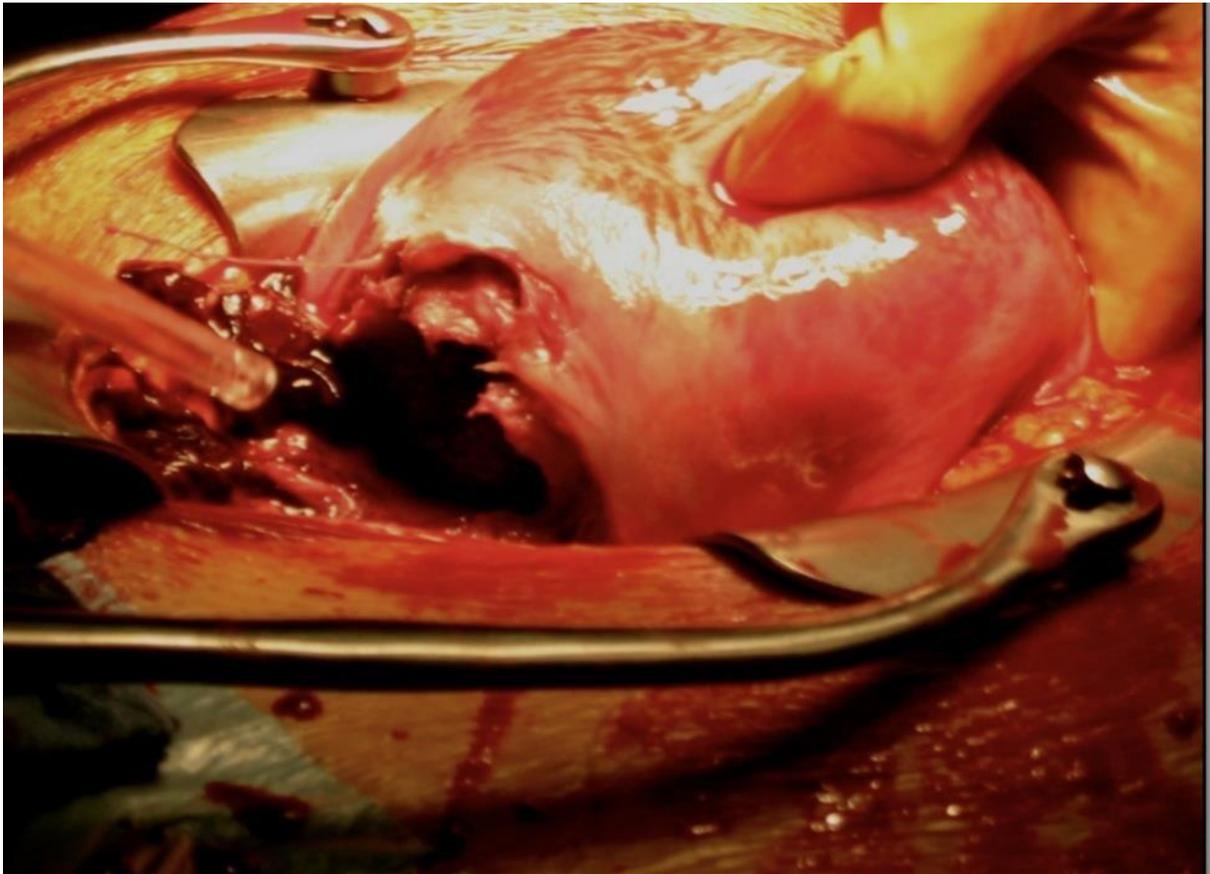


Figure 2 : Rupture utérine segmentaire antérieure [22].

b. Ruptures utérines corporéales :

Elles sont les plus rares. Le plus souvent complètes, ces ruptures utérines intéressent les trois tuniques : séreuse, musculaire, muqueuse. Elles sont très souvent le fait d'une cicatrice antérieure et peuvent être fundiques ou antérieures.

c. Ruptures segmento-corporéales ou cervico-corporéales :

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

3.5.2. Direction : Elle peut être :

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

- Transversale : cas fréquent des ruptures utérines segmentaires ; - En « T » ou en « L ».

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

3.5.3. Etendue :

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

3.5.4. Profondeur :

On distingue :

a. Ruptures utérines complètes :

➤ Rupture d'utérus sain (ou rupture intra-péritonéale) :

La lésion est hémorragique, extensive aux bords latéraux et atteint souvent le corps. Le trait de déchirure est d'une grande variété : vertical ou transversal, complexe : en « T » inversé, en « L » inversé ou en étoile. La rétraction du corps utérin et le décollement placentaire habituel entraînent la mort et l'expulsion intra-abdominale du fœtus.

➤ Rupture complète d'utérus cicatriciel (syndrome de chastrusse) :

La séparation des berges de la cicatrice est totale et la lésion déborde souvent en tissu non cicatriciel. Comme dans la rupture complète d'utérus sain, la lésion est hémorragique à bords irréguliers avec une expulsion fréquente du fœtus dans l'abdomen. La rupture de cicatrice est généralement observée d'emblée avec les césariennes corporéales mais peut également se voir dans l'évolution d'une désunion de cicatrice de césarienne segmentaire.

b. Ruptures utérines incomplètes :

❖ Rupture incomplète d'utérus sain (rupture sous-péritonéale) :

- Sur la face antérieure : le trait de rupture est presque toujours segmentaire, rectiligne et horizontal.

Les membranes amniotiques, intactes et herniées entre les fibres du myomètre lésé, sont vues sous le péritoine. L'absence de rétraction utérine et de décollement placentaire font que le fœtus resté dans la cavité amniotique est le plus souvent vivant.

- Sur le bord latéral :

La lésion siège plus souvent à gauche (en raison de la dextro-rotation physiologique de l'utérus).

Elle est volontiers verticale, plus étendue pouvant se propager en bas vers le col ou atteindre en haut le corps. Les membranes amniotiques sont souvent rompues et ce sont les feuillets péritonéaux du ligament large qui isolent les parties fœtales de la cavité abdominale. L'atteinte du pédicule n'est pas rare, entraînant la constitution fréquente d'un hématome sous- péritonéal. Le risque de mort fœtale est plus important.

❖ Rupture incomplète d'utérus cicatriciel (ou déhiscence) :

Il s'agit d'une désunion partielle de la cicatrice segmentaire. Les berges scléreuses se séparent mais saignent peu. La séreuse péritonéale est intacte (rupture sous-péritonéale) de même que les membranes ovulaires. Le fœtus resté dans l'utérus est le plus souvent vivant.

3.6. Aspect des bords lésionnels :

Les bords peuvent être :

- Effilochés ou contuses ;
- Frais : c'est le cas des désunions le plus souvent ou des ruptures assez récentes ;
- Nécrosés (rupture de plus 6 heures) ou délabrés et friables.

3.7. Etiologies :

Les ruptures utérines résultent d'une association de plusieurs facteurs morbides plus ou moins complexes.

Plusieurs classifications étiologiques sont possibles.

3.7.1. Les ruptures traumatiques ou provoquées :

Elles surviennent pendant la grossesse ou au cours du travail d'accouchement.

a) Manœuvres obstétricales :

Les manœuvres manuelles telles que : la version par manœuvre externe (VME), la grande extraction du siège (version par manœuvre interne ou VMI) et les manœuvres de dégagement d'une dystocie des épaules ;

Les manœuvres instrumentales telles que : le forceps et la ventouse

b) Traumatismes non obstétricaux :

Il y a :

- La chute (de sa hauteur) ;
- l'accident de la voie publique (AVP) ;
- les plaies provoquées par une arme blanche ou à feu ; - les coups de corne de bovins.

c) Médicaments :

Il y a :

- les utéro toniques : utilisation de l'ocytocine sans surveillance et sans respect des contres indications ;
- les prostaglandines de synthèse administrées par voie locale - les utéro toniques traditionnels.

3.7.2. Les ruptures spontanées :

a) Pendant la grossesse :

Elles sont rares et dues à certains facteurs fragilisant la paroi utérine tels que :

- les myomes utérins ;
- le placenta prævia, la révision utérine, la délivrance artificielle ;
- les malformations congénitales de l'utérus : utérus didelphe, cloisonné et hypertrophiques ;
- l'endométriose interne (Adénomyose) ; - le choriocarcinome.

b) Pendant le travail :

Elles sont les plus fréquentes.

Le facteur étiologique le plus fréquent est la dystocie négligée ou méconnue.

Il y a :

➤ *Causes maternelles :*

- Les dystocies osseuses : bassin immature, bassin généralement rétréci (BGR), bassin asymétrique, bassin limite ;
- La multiparité (fragilisation du muscle utérin)
- Les grossesses rapprochées avec intervalle inter gènesique court ;
- Les tumeurs prævia : fibrome, kyste ovarien, cancer du col ;
- Le bas niveau socio-économique, l'ignorance, les carences nutritionnelles, les anémies, les épuisements physiques et le recours tardif aux soins de santé.

➤ *Causes fœtales :*

Il y a :

- les dystocies fœtales : la macrosomie et les présentations dystociques (le front, la face enclavée ou en mento-sacrée, l'épaule et le siège souvent) ;
- les malformations fœtales : hydrocéphalie, fœtus siamois, kystes congénitaux du cou et tumeur sacro coccygienne.

3.8. Etude clinique :

La rupture utérine fait partie des hémorragies du 3^{ème} trimestre. Elle représente une urgence medico-obstetricale survenant surtout au cours du travail d'accouchement.

3.8.1. Circonstance de découverte :

La rupture est découverte lors

- d'une évacuation pour disproportion fœto-pelvienne ;
- d'un travail prolongé ;
- d'un travail mal surveillé ;
- de l'utilisation abusive et incontrôlée des utéro-toniques ;
- des présentations vicieuses : épaule, face enclavée et front.

3.8.2. Type de description : Rupture utérine typique sur utérus sain :

Nous distinguons deux phases successives à savoir : phases de pré-rupture et de rupture utérine.

3.8.2.1. 1^{ère} phase ou phase de pré-rupture ou phase prémonitoire :

Le travail d'accouchement ne progresse pas et traîne en longueur. On parle de **dilatation stationnaire**.

❖ Les prodromes sont :

- La dilatation stationnaire ;
- Les contractions utérines violentes, intenses, rapprochées et subintrantes ou hypercinésie utérine ;
- L'hypertonie utérine ;
- La dystocie causale s'aggrave provoquant l'agitation et l'anxiété ; - Au toucher vaginal le col s'œdématie et s'épaissit.

❖ La phase de l'imminence de la rupture

Trois (3) signes indiquent l'imminence de la rupture à savoir :

- ✓ **1^{er}** Déformation de l'utérus en Sablier ou en coque d'arachide (visible et palpable), le segment inférieur est très distendu, étiré, surmonté du corps utérin hypertonique moulant le fœtus.
- ✓ **2^{ème}** Ascension de l'anneau de rétraction ou de BANDL – FROMMEL, plus le segment inférieur s'allonge et plus l'anneau de rétraction semble remonter séparant le corps utérin du segment inférieur.
- ✓ **3^{ème}** Tension douloureuse et palpable des ligaments ronds sur les flancs Utérins.

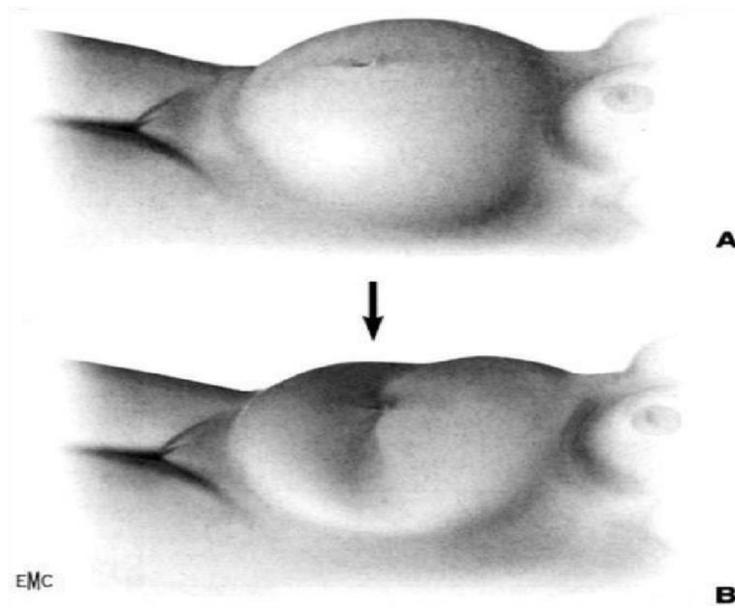


Figure 3 : Syndrome de pré-rupture (Utérus en sablier) [23].

3.8.2.2. Deuxième phase ou phase de rupture :

Elle se manifeste par :

Des douleurs abdominales syncopales à type de « coup de poignard » (plus fréquent avec les ruptures provoquées) irradiant à tout l'abdomen.

On observe en revanche une sédation brusque des douleurs et des contractions utérines, procurant une fausse impression de soulagement et accompagnée parfois d'une sensation d'écoulement intra-abdominal de liquide tiède.

Des métrorragies avec possibilité de métrorragie de petite quantité de sang rouge ou noir.

Les signes généraux sont ceux d'un état de choc hémorragique avec :

- Pâleur conjonctivo-muqueuse ;
- Soif intense ;
- Chute de la tension artérielle ;
- Pouls accéléré et polypnée ;
- Battements des ailes du nez ;
- Yeux cernés ;
- Extrémités froides.

A l'Inspection : l'abdomen est étalé après disparition de la déformation

A la palpation : on retrouve :

- Une *douleur vive* siégeant sur un bord utérin ;
- Un *utérus rétracté* et petit ;
- Un *fœtus sous la paroi* abdominale avec perception facile des *pôles fœtaux*.

A l'auscultation : on note en général la *disparition des bruits du cœur fœtal*. **Au**

spéculum : le col et la paroi vaginale sont sains macroscopiquement, il confirme l'origine endo-utérine du saignement.

Au toucher vaginal : on ne perçoit plus la présentation qui disparaît et le gant d'examen revient souillé de sang noir ou rouge.

3.8.2.3. Examens para cliniques :

L'examen para clinique n'a pas tellement d'importance à cause l'extrême urgence.

a) Examens Biologiques : généralement réalisé en urgence dans nos contextes : NFS, Groupage-Rhésus, crase sanguine si possible.

b) Echographie abdomino-pelvienne : montre un fœtus expulsé dans l'abdomen sans activité cardiaque.

c) Enregistrement des rythmes cardiaques fœtal :

Il va objectiver des signes de souffrance fœtale surtout sous forme de ralentissements.

Les ralentissements tardifs marquent l'insuffisance des échanges utéroplacentaires qui conduisent à une hypoxie généralisée avec hypercapnie. Les ralentissements prolongés révèlent une diminution brutale des échanges utéroplacentaires et la persistante du débit placentaire.

d) Enregistrement des contractions utérines :

Le cardiotocographe objective :

- Une élévation du tonus de baseau-dessus de 15 mm hg ;
- Une hypercinésie d'intensité (70 à 80 mm hg) et de fréquence (6 à 10 par 10 minutes).

NB : Ces deux derniers examens sont réalisés avant la rupture utérine.

3.8.3. Les formes cliniques :

3.8.3.1. Ruptures au cours de la grossesse :

Moins de 5 % des ruptures utérines surviennent au troisième trimestre de la grossesse. Elles sont surtout dues aux cicatrices corporeales.

Dans tous les cas, douleurs utérines et saignements doivent attirer l'attention dès lors qu'on a la notion de cicatrice utérine et à fortiori de cicatrice corporeale. Parfois le facteur favorisant est une manœuvre utérine (version par manœuvre externe) alors que la cicatrice était négligée ou ignorée (cicatrices

« Inapparentes » faites à l'occasion d'avortements tardifs souvent clandestins).

3.8.3.2. Formes insidieuses sur utérus cicatriciel au cours du travail d'accouchement :

Elles sont dues surtout aux cicatrices corporeales mais aussi à une ancienne perforation utérine et une rupture cervico-segmentaire.

Le plus souvent la symptomatologie est peu significative. Une douleur exquise provoquée dans le flanc ou sur le bord de l'utérus à la pression du segment inférieur déjà césarisé, ou l'apparition d'une souffrance fœtale sans cause apparente peuvent être les seuls signes.

Dans la forme classique on retrouve le *syndrome de CHASTRUSSE qui se manifeste par* :

- Des douleurs exquises au niveau de l'ancienne cicatrice de césarienne
- Une hémorragie
- Au toucher vaginal : la présentation est mal appliquée dans un contexte de dilatation stationnaire.

Parfois c'est un tableau de l'altération progressive de l'état général, car ces désunions d'anciennes cicatrices saignent peu et ne sont pas douloureuses.

La rupture peut se révéler après l'accouchement, mais en général avant la délivrance : une petite hémorragie se produit et se prolonge ou bien au contraire en l'absence de saignement, le placenta ne se décolle pas alors que l'état général s'altère plus ou moins rapidement.

La révision utérine est obligatoire chez toute femme ayant une ancienne cicatrice pour rechercher une rupture utérine.

NB : la désunion de cicatrice peut être constatée lors d'une césarienne itérative sans qu'aucun signe n'ait pu évoquer cette éventualité et sans modification de l'état général.

3.8.3.3. Ruptures provoquées :

Elles sont consécutives à une intervention obstétricale telle que manœuvre instrumentale (forceps) et version par manœuvre externe ou interne.

Le tableau clinique se traduit par une absence de prodrome, la femme étant souvent endormie et l'état de choc se traduit par un effondrement de la tension artérielle.

La révision utérine est donc obligatoire après chaque intervention obstétricale difficile.

Dans le cadre de déchirure à point de départ cervical, l'examen doit être complet par l'inspection sous valve pour apprécier l'angle supérieur de la déchirure qui peut dépasser l'insertion vaginale et atteindre le segment inférieur.

3.8.3.4. Formes sous péritonéales :

Dans les formes sous-péritonéales, l'aspect général est le même avec :

- Un état de choc variable ;
- Le toucher vaginal montre un hématome unilatéral, qui occupe tout le paramètre pour gagner la fosse iliaque et parfois fuser en arrière vers la fosse lombaire ;
- La rupture sous péritonéale peut rester méconnue et donner de désagréables surprises au cours d'accouchements ultérieurs.

3.8.3.5. Formes compliquées :

a. Rupture vésicale :

Elles sont rarement reconnues par les doigts de la révision utérine qui entrent dans la brèche vésicale. Le plus souvent, elles sont simplement suspectées au sondage postopératoire qui ramène des urines hématuriques.

b. Syndrome de défibrination :

Il n'est pas une complication exceptionnelle. L'origine est plurifactorielle et met en cause, outre le choc hémorragique, le passage de liquide amniotique et de thromboplastines dans la circulation sanguine. Le diagnostic évoqué devant une

hémorragie distillante faite de sang, n'ayant pas tendance à coaguler est confirmé par les tests de coagulation.

c. Ruptures négligées ou méconnues :

Elles sont encore observées dans les pays en voie de développement et grèvent lourdement le pronostic.

Le diagnostic est posé, 2 voire 3 jours après l'accouchement devant un tableau de péritonite et de septicémie. Localement, les lésions sont importantes à type d'abcès ou de nécrose.

3.9. Evolution et complications :

La rupture utérine traitée à temps peut évoluer favorablement. Mais souvent non traitée ou même traitée elle peut évoluer vers des complications graves précoces ou tardives telles que :

- le choc hémorragique
- la surinfection avec chorioamniotite ou septicémie
- les accidents thromboemboliques
- le décès maternel dans 2 à 20% des cas
- les infections post opératoires (péritonite, suppurations pariétales)
- les fistules vésico-vaginales ou souvent vésico-recto-vaginales

3.10. Diagnostic

Dans la forme franche de rupture utérine, le diagnostic de rupture utérine est généralement facile.

3.10.1. Diagnostic positif Cliniquement

on a :

- a) Le syndrome de pré rupture est caractérisé par :

- La rétraction utérine ;
- La formation de l'anneau de BandlFromel ; - La tension des ligaments ronds.

b) Le syndrome de rupture utérine : Il est caractérisé par :

- Une douleur pelvienne à coups de poignard ;
- Un utérus ayant des bords irréguliers avec perception du fœtus sous la peau ;
- Un saignement minime ;
- Une absence des bruits du cœur fœtal ;
- Une disparition de la présentation.

c) Les signes généraux : Ils sont ceux d'état de choc avec :

- Une chute de la tension artérielle ;
- Une accélération du pouls ;
- Une polypnée ;
- Une soif intense et une froideur des extrémités.

3.10.2. Diagnostic différentiel

Dans les formes graves

Le diagnostic de la rupture utérine est facile. En présence des saignements, il faut discuter

➤ *L'hématome retro placentaire :*

Les signes cliniques sont :

- Des saignements noirâtres minimes avec des caillots ;
- Un utérus régulier présence d'une hypertonie utérine, il est dur partout réalisant le classique ventre en bois ;
- Des bruits du cœur fœtal sont absents en général ;
- Des signes généraux et de choc non en rapport avec la perte de sang ;
- Des circonstances d'apparition sont différentes (HTA, survenue spontanée) ;

L'examen des urines révèle souvent l'existence d'une albuminurie massive (prééclampsie sévère).

➤ *Le placenta prævia :*

Les signes cliniques sont :

- Les saignements spontanés, faits de sang rouge et beaucoup plus important ;
- Un utérus souple et de forme normale ;
- Des bruits du cœur fœtal présents en général ;
- Des signes généraux sont ceux de l'anémie aiguë, du collapsus vasculaire en rapport avec l'abondance des saignements.

➤ *La rupture du sinus marginal par lésions de vaisseaux du placenta (hémorragie de Benkiser)*

Elle se manifeste par une hémorragie survenant après rupture artificielle ou spontanée de la poche des eaux.

➤ *La déchirure du col ou du vagin*

Elle entraîne une hémorragie faite de sang rouge vif et abondant : confirmée par un examen minutieux sous valves.

➤ *Rupture du Douglas*

Elle se manifeste par une hémorragie faite de sang rouge vif et douleur vive survenues au cours des rapports sexuels (violence souvent).

a) Formes latentes :

La recherche d'une rupture utérine doit être systématique dans certaines circonstances telles que :

- Accouchement sur utérus cicatriciel ;
- Manœuvres obstétricales ;
- Hémorragie insolite de la délivrance ;

- Tout état de choc au cours ou après l'accouchement.
- Globe vésical :

À éliminer par un sondage vésical systématique chez toutes les patientes présentant un abdomen déformé en coque d'arachide.

3.11. Traitement :

3.11.1. Traitement curatif :

La rupture utérine est une urgence obstétricale et doit être prise en charge dans les meilleurs délais.

3.11.1.1. But : C'est :

- D'assurer l'hémostase ;
- De sauver la vie de la mère et si possible celle du fœtus.

3.11.1.2. Moyens thérapeutiques :

- Chirurgicaux : laparotomie (hystérorraphie ; hystérectomie) ;
- Médicaux : mesures de réanimation, antibiothérapie et de transfusion.

a. Traitement chirurgical :

La voie d'abord est soit *médiane sous-ombilicale* (cicatrice sous ombilicale) ; *transversale* (*incision de Pfannenstiel* plus esthétique).

Après extraction du fœtus et du placenta et extériorisation de l'utérus vide, l'inspection vérifie le *siège et l'aspect* des lésions, l'extension (au col, au vagin, à la vessie), l'atteinte des pédicules utérins et l'état des tissus (œdématisés, nécrotiques ou friables).

Après cette inspection, on fera soit :

☞ Hystérorraphie :

Elle a pour avantage la rapidité et le maintien de la fonction de l'organe.

☞ Hystérectomie :

Elle peut être totale ou sub totale.

Elle doit être inter annexielle.

NB : Traitement des lésions associées

- Les lésions vésicales sont suturées en deux plans (muqueux et musculaire) au fil résorbable avec un maintien de la sonde vésicale en postopératoire pendant au moins 10 jours.
- Les lésions cervicales et vaginales sont traitées par voie vaginale ou abdominale ou combinée (vaginale et abdominale).

b. Traitement médical : il comprend

➔ Traitement de choc :

Il est entrepris dès l'admission. Tout transport ou manipulation aggrave le choc.

On lui apportera des substances énergétiques et de l'oxygène. Le traitement curatif du choc passe par :

✓ Traitement de la cause :

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

Les perfusions, si l'hémorragie n'est pas tarie, risquent de ne pas compenser les nouvelles déperditions et de réaliser une véritable hémodilution ce qui aboutirait à l'anémie aigue.

L'hémostase doit donc précéder la réanimation.

✓ La réanimation :

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

La quantité de sang à perfuser sera fonction de l'état général de la patiente et du taux d'hémoglobine (taux d'Hb < 7g/dl).

D'autres substances peuvent être utilisées en dehors du sang, telles que les grosses molécules se maintenant en circulation : produits synthétiques (plasmion, Gélofusine ou hémacèle).

Les solutés cristalloïdes (salés ou Ringerlactate) sont utilisés comme des moyens d'urgence. Ils permettent de gagner du temps nécessaire à la mise en œuvre de la transfusion, indiquée en cas de persistance ou de récurrence du choc.

L'acide tranexamique (Exacyl) utilisé pour la prise en charge de l'hémorragie. L'anurie le plus souvent transitoire, peut être prévenue par la perfusion de Mannitol ou de diurétiques (furosémide : 80 mg dans 100 ml de sérum salé en bolus en 30mn).

➔ Traitement anti-infectieux :

On fera une bi ou tri antibiothérapie à forte dose par voie parentérale pendant au moins 72 heures puis le relais se fera par la voie orale.

La durée de l'antibiothérapie sera de 10 à 15 jours.

Indications chirurgicales :

Le choix de la technique est fonction de plusieurs paramètres à savoir : le *type et l'ancienneté des lésions, l'âge et la parité de la patiente, le désir de grossesse ultérieure, les conditions socioéconomiques et socioculturelles*, le plateau technique et surtout l'expérience de l'équipe obstétricale.

Il y'a deux grandes orientations thérapeutiques :

➔ **La première**, la plus classique, consiste à faire une **hystérorraphie**. Elle est indiquée pour les **lésions minimales et récentes** de la face antérieure du segment inférieur.

➔ **La seconde** consiste à réaliser une **hystérectomie** (surtout sub totale compte tenu du caractère urgent). La suture utérine est plus facile à réaliser.

Elle est indiquée pour les lésions étendues (fond et col utérins), les lésions compliquées (vessie, vagin et pédicules vasculaires) et les lésions septiques. Elle entraîne une perte de la fécondité et est souvent responsable de trouble psychosocial surtout chez une jeune patiente.

b. Traitement préventif :

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

☞ La prévention des ruptures d'utérus non cicatriciel passe par :

- Le dépistage de toutes les causes de dystocie. ce qui implique la surveillance correcte de la grossesse et du travail d'accouchement par un personnel médical et paramédical qualifié capable de faire le pronostic maternel et fœtal de l'accouchement au dernier trimestre.
- La sensibilisation des femmes sur le bien fait de la consultation prénatale et de l'accouchement à la maternité.
- Les consultations prénatales de meilleure qualité afin de dépister les grossesses à risque et les référer à temps.
- Le remplissage et l'interprétation correctes du partogramme et la référence des patientes dès que la zone alerte est franchie.
- La promotion du planning familial.

Tout agent ayant en charge l'accouchement doit avoir à l'esprit cette assertion qui dit que : « *le soleil ne doit jamais se coucher deux fois sur le même travail* ».

☞ La prévention des ruptures d'utérus cicatriciel

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

☞ La césarienne prophylactique

Elle est réalisée devant les facteurs de risques suivants :

- Les cicatrices corporéales ou corporéo-segmentaires
- Les suites opératoires compliquées d'une endométrite prouvée
- Les présentations dystociques (siège, transverse)

- Le placenta prævia antérieur (inséré sur la cicatrice) ou placenta central
- Les surdistensions utérines (hydramnios, grossesse gémellaire, macrosomie)
- Les utérus bi ou tri cicatriciels.

➔ **L'épreuve utérine**

La sélection des patientes devant subir l'épreuve utérine découle des indications de la césarienne. *Le travail doit être rigoureusement suivi et une révision systématique s'impose après l'accouchement.*

➔ **Le cas particulier des ruptures utérines provoquées**

Faire une utilisation judicieuse de l'ocytocine en respectant les contre-indications et la voie d'administration

Respecter strictement les indications et les contre-indications de toute manœuvre obstétricale

Faire une révision utérine systématique après toute manœuvre obstétricale laborieuse

➔ **Pendant la grossesse :**

La consultation prénatale (CPN) est essentielle et permet de :

- ✓ Dépister les grossesses à risque ;
- ✓ Sélectionner les femmes à risque : BGR, bassin limite, utérus cicatriciel pour :
 - Une césarienne prophylactique ou programmée ;
 - Une épreuve utérine ;
 - Une épreuve du travail ;
 - Une référence à temps en milieu spécialisé.

➔ **Pendant le travail d'accouchement :**

La surveillance du travail d'accouchement sur le partogramme permet de :

- Dépister les parturientes ayant une indication de césarienne d'emblée (bassin rétréci, asymétrique, tumeur prævia, présentation vicieuse (front, face ou épaule) ;
- Savoir conduire l'épreuve du travail ;
- Savoir utiliser les ocytociques tout en respectant les contre-indications (surveillance +++);
- Evaluer les risques d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel ;
- Poser le diagnostic du risque de rupture et d'opérer la patiente dans le meilleur délai.

Sur le plan national :

La prévention des ruptures utérines fait intervenir une politique sanitaire bien définie et bien organisée par :

a. La mise en place d'une politique sanitaire de soins de santé primaires pour :

- L'amélioration de la couverture sanitaire (infrastructures) ;
- La formation et la répartition équitable du personnel qualifié ;
- La communication pour le changement de comportement ;
- La bonne organisation du système de la référence – évacuation avec la participation active des autorités communales ;
- La promotion de la planification familiale.

b. Le développement des infrastructures routières et de la communication.

3.12. Pronostic et surveillance :

3.12.1. Pronostic :

a. Maternel :

Le pronostic maternel dépend de plusieurs facteurs tels que :

- L'importance des lésions : les lésions déhiscents sont favorables, tant que les ruptures complètes sont grevées de complications graves pouvant conduire au décès maternel.
- La qualité et surtout la rapidité de la prise en charge.

NB : le décès maternel est dû au choc hémorragique (anémie décompensée) ou au choc infectieux (péritonite ou septicémie).

b. Fœtal :

Il est mauvais dans les ruptures franches. Le fœtus souffre pendant la rétraction utérine et meurt après la rupture.

Dans les formes incomplètes, le nouveau-né naît dans un état d'asphyxie néonatale nécessitant une réanimation et un transfert en Néonatalogie.

3.12.2. Surveillance : Elle est clinique et biologique.

a. Surveillance clinique :

Elle est intense durant les 6 premières heures du post opératoire. On surveille la conscience, la TA, le pouls, la rétraction utérine et le saignement vaginal en cas d'hystérorraphie et la diurèse toutes les 15 mn pendant 2 heures, toutes les 30 mn pendant une heure et chaque heure pendant 3 heures.

En hospitalisation, on fera une surveillance biquotidienne de la TA, du pouls, de l'involution utérine et des lochies en cas d'hystérorraphie, de la température, des conjonctives, des mollets et de la plaie opératoire.

En cas d'hystérectomie cette surveillance se fera à la réanimation.

b. Surveillance biologique :

On réalise la NFS (anémie), la créatinémie (anurie ou Oligo anurie), le prélèvement de pus (suppuration pariétale) et des lochies (endométrite) pour étude cyto-bactériologique et l'hémoculture en cas fièvre post opératoire (septicémie).

NB : *en cas d'Hystérorraphie et en l'absence de ligature/résection des trompes, la patiente sera mise sous une méthode de contraception de longue durée après counseling (minimum 2 ans).*

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le Service de Gynécologie-Obstétrique du Centre de Santé de Référence de Koro.

Présentation du centre de santé de référence de Koro

Le CSRéf de Koro comprend :

• Les infrastructures

- ✓ bloc de maternité: il est composé de :
 - Un Bureau pour le médecin chargé de la santé de la reproduction ;
 - Un Bureau pour la sage-femme maitresse ;
 - Une salle d'accouchement avec 03 tables ;
 - Deux salles de garde ;
 - Une salle de travail ;
 - Une salle de suite de couches composées de 08 lits ;
 - Une salle de CPN ;
 - Une salle de CPON/PF ;
 - Un hangar ;
 - Une salle d'hospitalisation composée de 03 lits;
 - Une salle de Néonatalogie non fonctionnelle ;

- ✓ Un Bloc d'administration ;
- ✓ Un Box de consultation ;
- ✓ Une salle d'Urgence ;
- ✓ Deux blocs opératoires ;
- ✓ Une unité de chirurgie homme ;
- ✓ Une unité de chirurgie femme ;
- ✓ Une unité laboratoire ;
- ✓ Une unité de dépôt de vente (DV) ;

RUPTURES UTERINES : Aspects épidémio-clinique, thérapeutique et pronostic au CSRéf de Koro

- ✓ Une unité de radiologie non fonctionnelle ;
- ✓ Une unité URENI ;
- ✓ Une morgue ;
- ✓ Une unité de dépôt de vente de nuit.
- ✓ Une unité Ophtalmologie ;
- ✓ Une unité Odontostomatologie

Tableau II : Situation du personnel du CSRéf de Koro à la date du 30

Septembre2023

Qualification	Nombre	Observation
Médecins spécialistes	2	Spécialiste Santé publique (1) Santé communautaire (1)
Médecins généralistes	2	Dont un (1) à compétence chirurgicale
Infirmier technicien supérieur	5	
Sage-femme	3	
Infirmier du premier cycle	2	
Technicien Supérieur de labo pharmacie	1	
Technicien de labo pharmacie	1	
Infirmière-Obstétricienne	1	
Secrétaire	1	
Gérant	3	
Chauffeurs	4	
Manœuvres	3	
Gardien	1	
Total	29	

4.2. Type d'étude :

Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique à collecte rétrospective et prospective des données.

4.3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 01 septembre 2020 au 31 Aout 2021(rétrospective) et 01 Septembre 2021 au 31 Aout 2022 (prospective) soit une période de 24mois.

4.4. Population d'étude :

L'étude a porté sur tous les cas d'accouchements enregistrés dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CSRéf de Koro durant la période d'étude.

4.4.1. Echantillonnage :

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

4.4.2. Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude toutes les patientes admises pour rupture utérine dans le service pendant la période d'étude et qui ont donné leur consentement.

4.4.3. Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans l'étude toutes les patientes qui ont eu des accouchements normaux sans rupture utérine et celles qui n'ont pas donné leur consentement mais aussi les dossiers non exploitables.

4.5. Les variables étudiées :

Tableau III : Liste des variables étudiées

Nom de variable	Type de variable	Echelle
Age	Quantitative	Année
Gestité	Qualitative	primigeste, paucigeste
TA, pouls	Quantitative	mm Hg, minute
Résidence	Qualitative	1 : ville ,2 : hors ville
Statut matrimonial	Qualitative	1 : mariée, 2 : non mariée
Niveau d'instruction	Qualitative	1 : scolarisée; 2 : non scolarisée
Profession	Qualitative	Ménagère, fonctionnaire, etc...
Mode d'admission	Qualitative	1 : évacuée, 2 : référée, 3 :elle-même
Antécédents	Qualitative	Médical, chirurgical, obstétrical
Etat de conscience	Qualitative	Consciente, coma, etc...
Voie d'accouchement	Qualitative	1 : voie basse 2 : voie haute
Geste chirurgical effectuée	Qualitative	1 : hysterorraphie, 2 : hystérectomie
Transfusion sanguine	Qualitative	1 : Oui, 2 : non
Pronostic foetal à la naissance	Qualitative	1 : vivant, 2 : mort-né

4.6. Définitions opérationnelles :

- **Rupture utérine** : solution de la continuité non chirurgicale complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide ;
- **Patiente** : gestante ou parturiente ;
- **Primigeste** : 1^{ère} grossesse ;
- **Pauci geste** : 2 à 4 grossesses ;
- **Multi geste** : 5 à 6 grossesses ;
- **Grande multi geste** : ≥ 7 grossesses ;
- **Primipare** : 1^{er} accouchement ;
- **Pauci pare** : 2 à 4 accouchements ;
- **Multipare** : 5 à 6 accouchements ;
- **Grande multipare** : ≥ 7 accouchements ;
- **Hystérorraphie** : suture de l'utérus ;
- **Hystérectomie** : ablation partielle ou totale de l'utérus ;
- **Auto référence** : patiente venue d'elle-même ;
- **Référence** : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge sans la notion d'une urgence ;
- **Evacuation** : c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation ;
- **Phase de latence du travail d'accouchement** : c'est le travail d'accouchement avec dilatation cervicale ≤ 3 cm ;
- **Phase active du travail d'accouchement** : c'est le travail d'accouchement avec dilatation cervicale ≥ 4 cm ;
- **Césarienne prophylactique** : césarienne programmée lors des CPN et faite avant le début du travail d'accouchement ;

- **Césarienne d'urgence** : césarienne réalisée chaque fois que le pronostic maternel ou fœtal ou/etmaternel est engagé ;
- **Etat de mort apparent** : score d'Apgar allant de 1 à 3 ;
- **Apgar morbide** : nouveau-né ayant un Apgar à la 1^{ère} minute entre 4 et 7 ;
- **Pronostic materno-fœtal** : issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité ;
- **Bi ou tri antibiothérapie** : traitement avec 2 ou 3 antibiotiques de familles différentes ;
- **Morbidité maternelle** : elle se définit comme toute pathologie, chez une femme enceinte (quelles que soient la localisation et la durée de la grossesse) ou accouchée depuis moins de 42 jours, due à une cause liée à la grossesse ou aggravée par elle ou sa prise en charge, mais sans lien avec une cause accidentelle ou fortuite (**Pruval A., 2000**) ;
- **Mortalité maternelle** : selon l'OMS elle se définit par 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 (**Bouvier-Colle MH, 2001**) ;
- **Mortalité périnatale** : elle regroupe la MFIU à partir de la viabilité du fœtus et la mort néonatale précoce ;
- **Mortalité néonatale précoce** : elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 6^{ème} jour de vie ;
- **Mortalité néonatale** : elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 28^{ème} jour de vie ;
- **Facteurs de risques** : « toute caractéristique ou toute circonstance déterminante, attaché 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 » ;

Pronostic : prévision de l'évolution probable ou de l'issue d'une maladie.

4.7. Collecte et support des données :

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête à partir des supports suivants

- Registre d'accouchement ;
- Dossiers individuels des patientes ;
- Registres de référence/évacuation ;
- Registre de compte rendu opératoire ;
- Le registre des anesthésistes ;
- Le registre SONU

4.8. Analyse des données :

Le traitement de texte et des tableaux ont été réalisés avec les logiciels Microsoft Word et EXCEL 2013. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel SPSS version 20

Le test de Chi 2 a été utilisé avec un seuil de signification $p= 0,05$ pour la comparaison des variables.

4.9. Aspects éthique et déontologique :

La participation à notre étude était volontaire et chaque patiente avait la liberté de se retirer à n'importe quel moment si elle le désire. Nous avons utilisé les fiches d'enquête avec un anonymat.

Nous avons fait de telle sorte que le respect de l'anonymat ne constitue aucune entrave dans la réalisation de l'étude.

Le refus de la patiente à participer à notre étude n'empêchait en rien sa prise en charge et son suivi dans le service. Les renseignements que donneront chaque patiente étaient confidentiels et ne seraient être divulgués. Ils seront uniquement utilisés à des fins de recherche.

RESULTATS

V.RESULTATS :

5.1. Fréquence :

Pendant la période d'étude nous avons colligé 1864 accouchements dont 31 cas de ruptures soit une fréquence hospitalière de **1,66%** (une rupture utérine pour 60 accouchements).

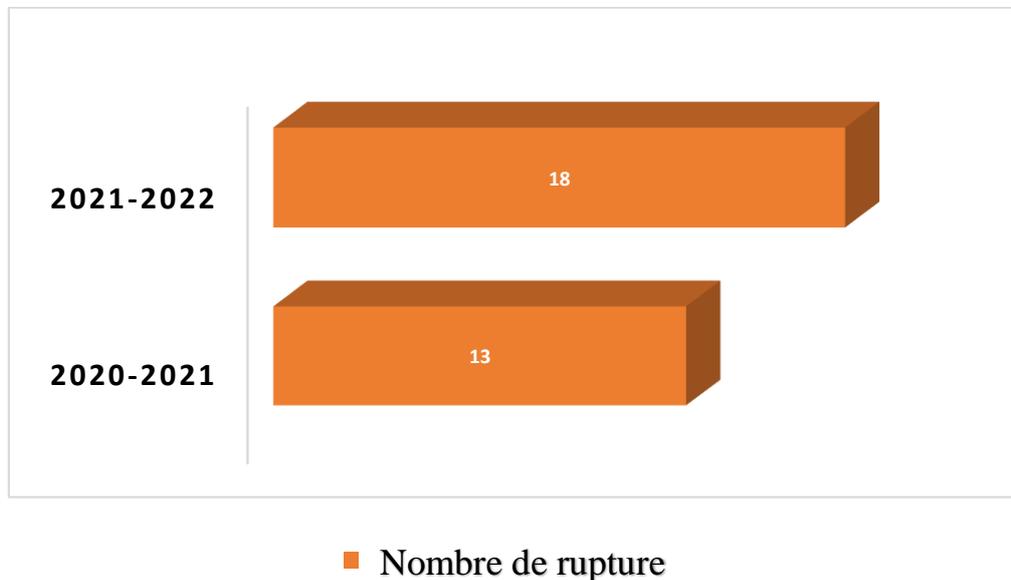


Figure 4 : Evolution des ruptures par année d'accouchement

5.2. Caractères sociodémographiques :

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage%
20 à 35ans	24	77,4
>35ans	7	22,6
Total	31	100

L'âge moyen de nos patientes était de **32 ± 4,48** ans avec des extrêmes allant de 24 à 45 ans.

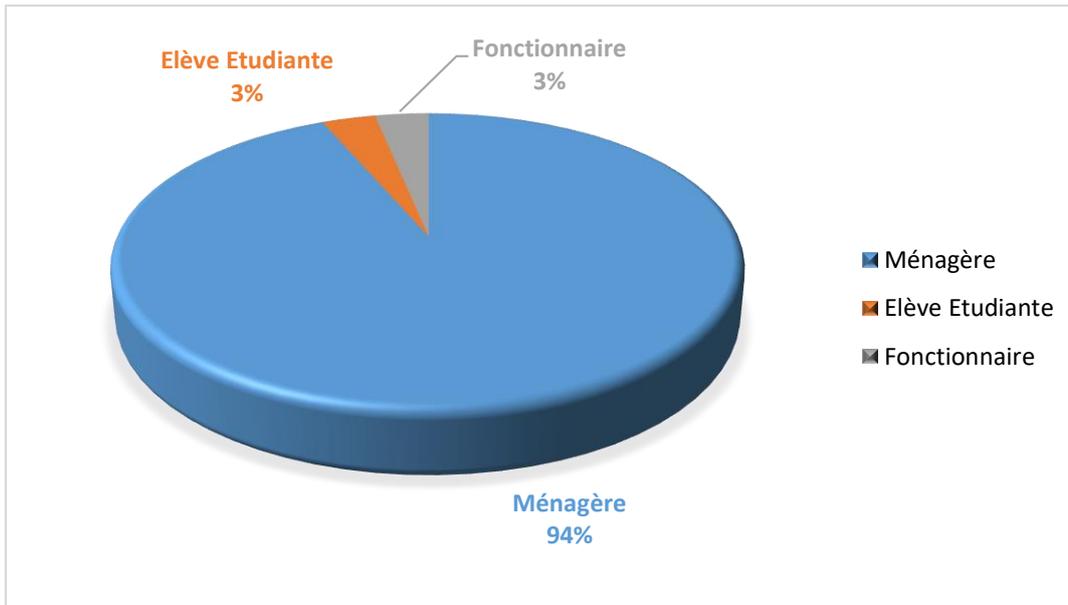


Figure 5 : Répartition des patientes selon la profession

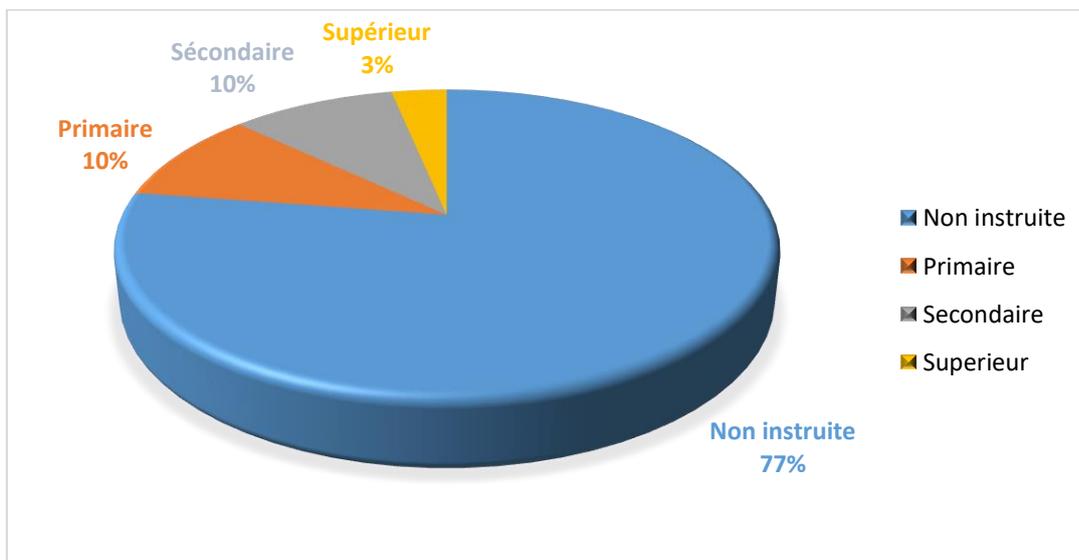


Figure 6 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

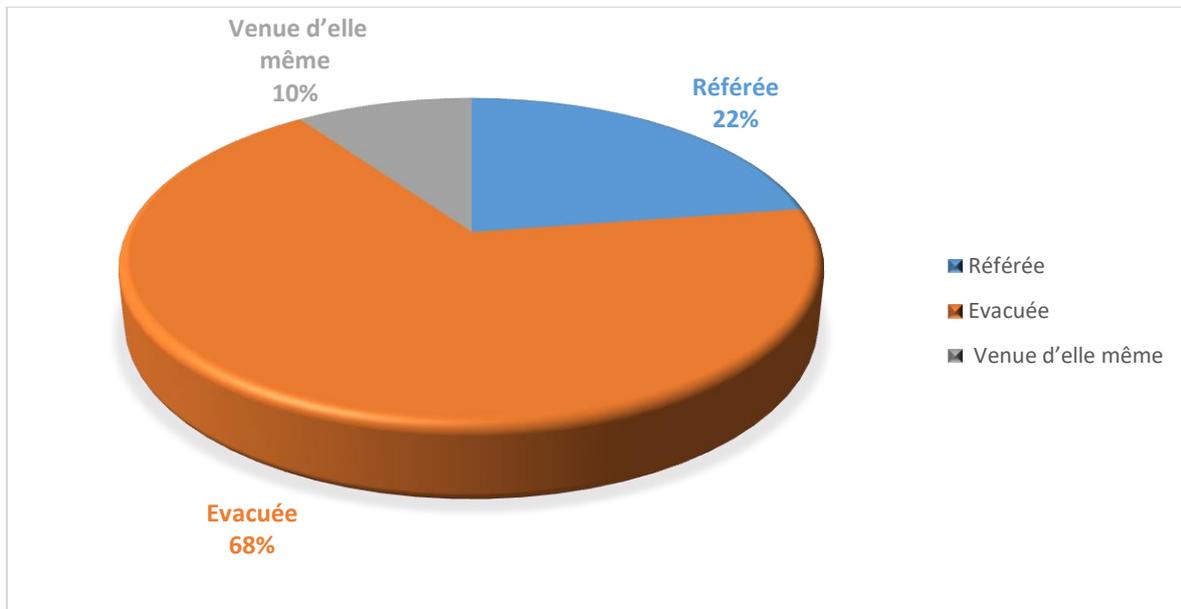


Figure 7 : Répartition des patientes selon le mode d'admission.

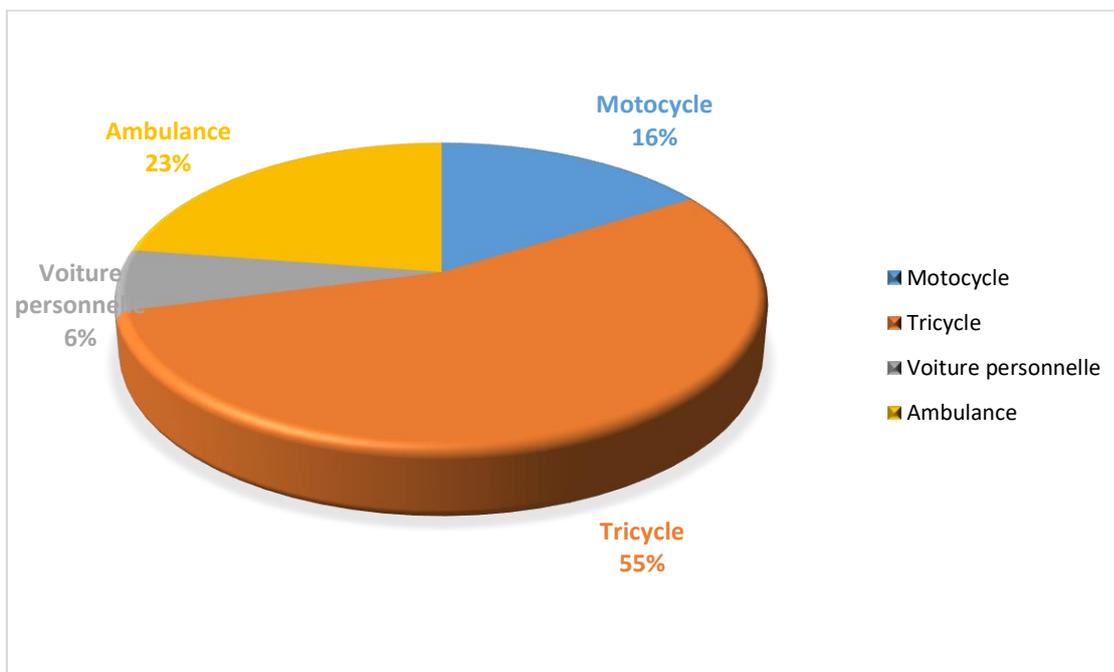


Figure 8 : Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé

Tableau V : Répartition des patientes selon la distance parcourue entre le domicile ou le centre de référence/évacuation et le CSRéf.

Distance parcourue/km	Effectifs	Pourcentage%
<25	15	48,4
25-50	12	38,7
50-100	1	3,2
>100	3	9,7
Total	31	100

La distance moyenne parcourue était de 60 ± 5 km avec des extrêmes allant de 1 à 120 km.

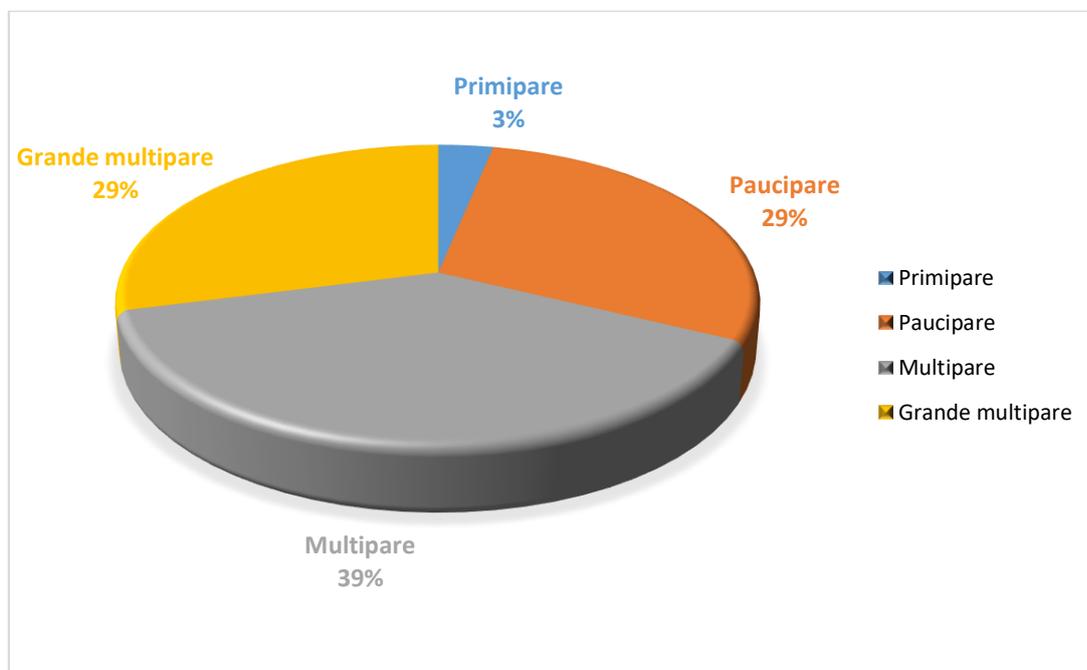


Figure 9 : Répartition des patientes selon la parité.

La parité moyenne était de $5,80 \pm 2,90$ avec des extrêmes allant de 1 à 14.

Tableau VI : Répartition des patientes selon l'intervalle inter gésésique

Intervalle inter gésésique	Effectifs	Pourcentage%
<12 mois	2	6,4
12-24 mois	6	19,4
>24 mois	23	74,2
Total	31	100

L'intervalle intergésésique moyen était de **28,58** mois avec des extrêmes allant de 10 à 48 mois.

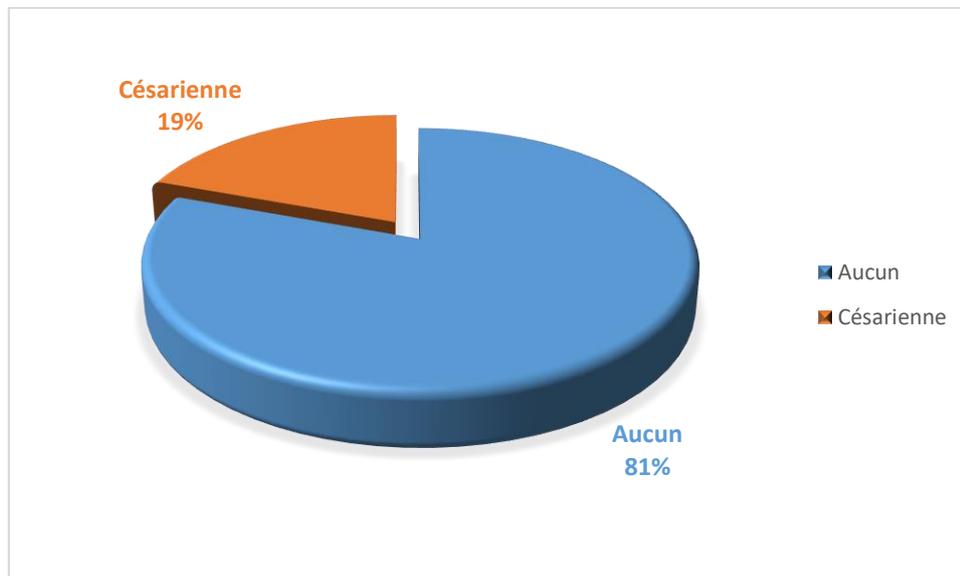


Figure 10 : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux :

Parmi les patientes ayant un antécédent de césarienne quatre (**04**) avaient un utérus unicatriciel et une (**01**) avait un utérus tricatriciel.

Tableau VII : Répartition des patientes selon le motif d'admission.

Motif d'admission	Effectifs	Pourcentage%
Travail prolongé	10	32,3
Hémorragie sur grossesse	5	16,1
Présentation vicieuse	5	16,1
Syndrome de pré rupture	4	13
Surdistension utérine	1	3,2
Grande multiparité	1	3,2
SFA	1	3,2
Hémorragie du post partum	1	3,2
Autres	3	9,7
Total	31	100

Autres : 2 : CUD/grossesse à terme ; 1 : Primipare âgée.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectifs	Pourcentage%
0	5	16,1
1-3	22	71,0
≥ 4	4	12,9
Total	31	100

Le nombre de CPN moyen était de **2,61±1,33** CPN avec des extrêmes allant de 0 à 5.

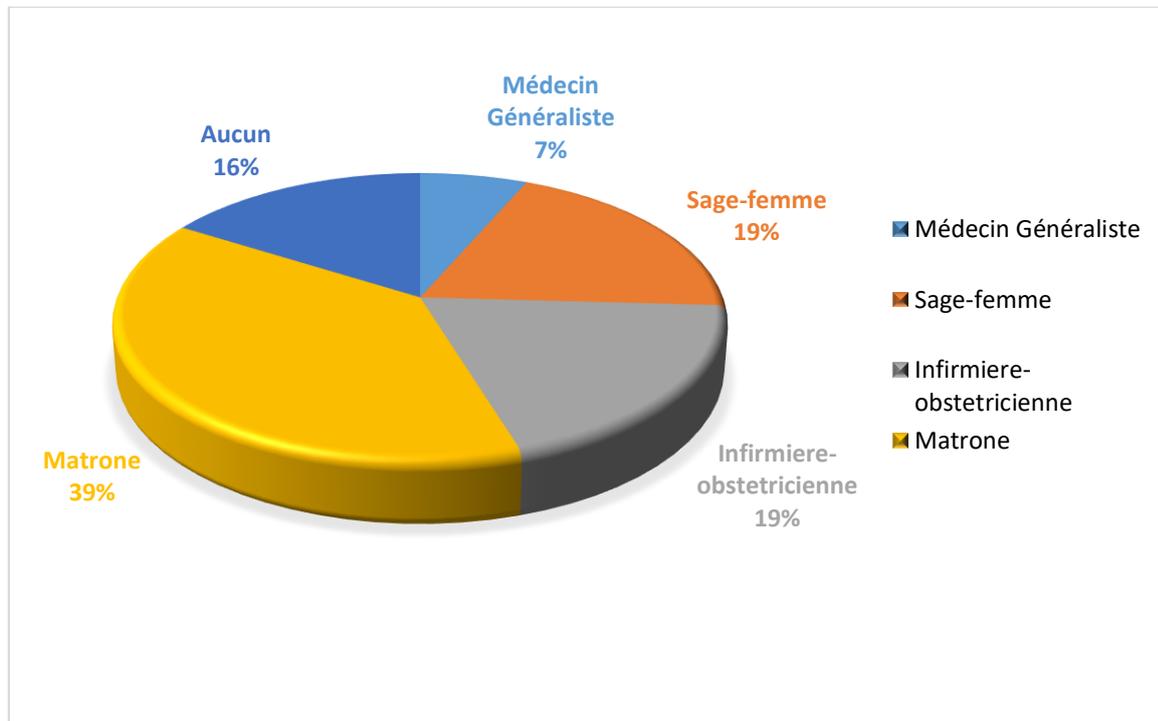


Figure 11 : Répartition des patientes selon l'auteur des CPN

Tableau IX : Répartition des patientes selon le lieu de déroulement du travail

Déroulement du travail	Effectifs	Pourcentage%
Domicile	14	45,2
CSCom	13	41,9
Cabinet médical	1	3,2
CSRéf	3	9,7
Total	31	100

5.3. Aspects cliniques :

Tableau X : Répartition des patientes en fonction de l'état général au moment du diagnostic.

Etat général	Effectif	Pourcentage%
Bon	10	32,3
Mauvais	20	64,5
Agitation	1	3,2
Total	31	100

Tableau XI : Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives :

Coloration des conjonctives	Effectifs	Pourcentage%
Pâles	5	16,1
Colorées	26	83,9
Total	31	100

Tableau XII : Répartition des patientes selon la présence des BCF :

Présence des BCF	Effectifs	Pourcentage%
Oui	13	41,9
Non	17	54,8
Total	30	96,7

Une patiente soit **3,2%** a été admise en post-partum.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la variété de présentation

Variété de présentation	Effectifs	Pourcentage%
Céphalique	23	74,2
Siège	6	19,4
Transverse	2	6,4
Total	31	100

Tableau XIV : Répartition des patientes selon les facteurs de risque de la rupture utérine

Facteur de risque	Effectifs	Pourcentage%
Utérus cicatriciel	5	16,1
Usage abusif d'ocytocique	3	9,7
Extraction par ventouse	1	3,2
Version par manœuvre interne	1	3,2
BGR	1	3,2
Spontané	20	64,5
Total	31	100

Tableau XV : Répartition des patientes selon la durée du travail d'accouchement

Durée du travail	Effectifs	Pourcentage%
<6heures	3	9,7
6-12heures	13	41,9
>12heures	15	48,4
Total	31	100

La durée moyenne du travail était de **11,54** heures avec des extrêmes allant de 4 à 18heures.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le moment du diagnostic de la rupture

Moment du diagnostic	Effectifs	Pourcentage%
Préopératoire	27	87,1
Peropératoire	4	12,9
Total	31	100

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le type de rupture utérine

Nature de la rupture	Effectifs	Pourcentage%
Complète	26	83,9
Incomplète	5	16,1
Total	31	100

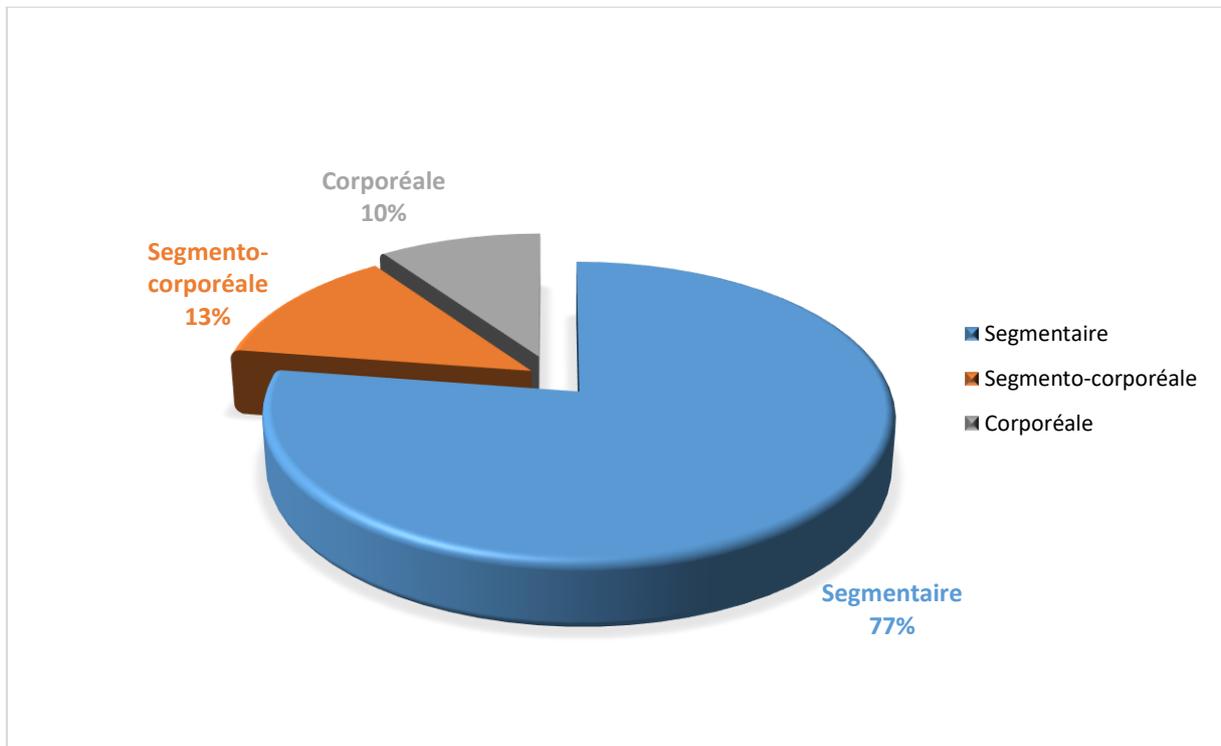


Figure 12 : Répartition des patientes selon le siège de la rupture utérine

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le type de lésions associées

Lésions associées	Effectifs	Pourcentage%
Aucune	22	71
Cervicale	3	9,7
Vésicale	6	19,3
Total	31	100

5.4. Prise en charge :

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectifs	Pourcentage%
Voie basse	1	3,2
Laparotomie	30	96,8
Total	31	100

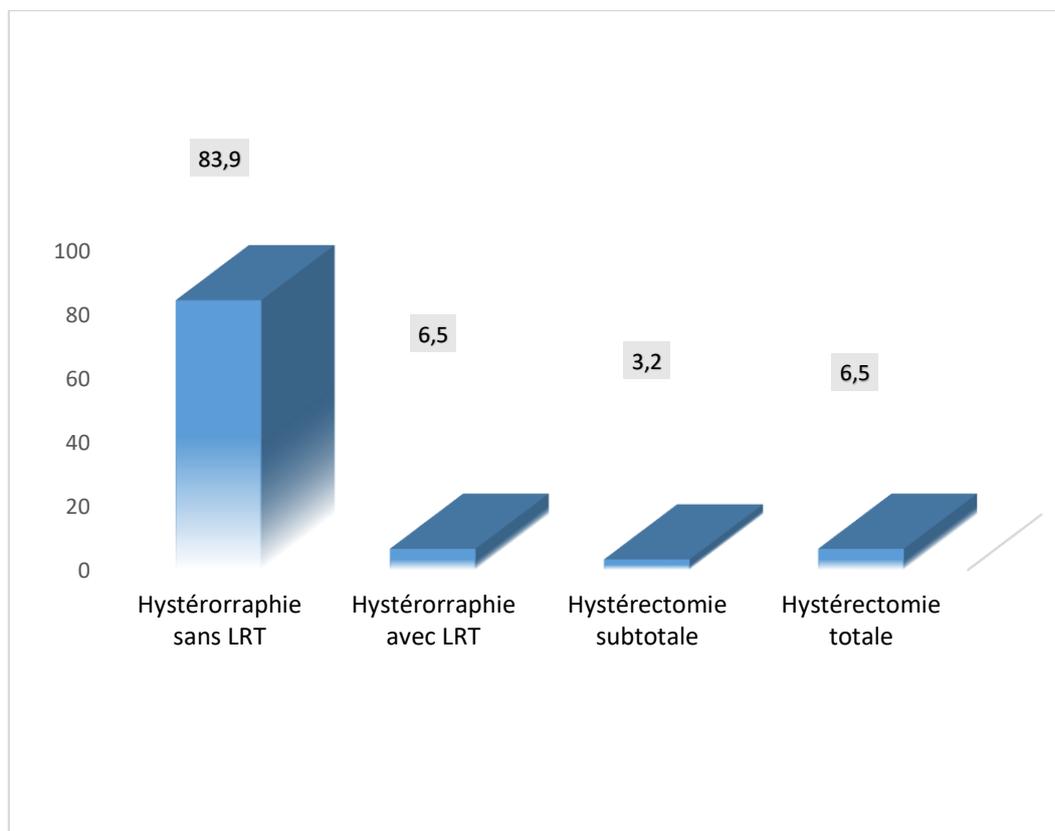


Figure 13 : Répartition des patientes selon le geste chirurgical.

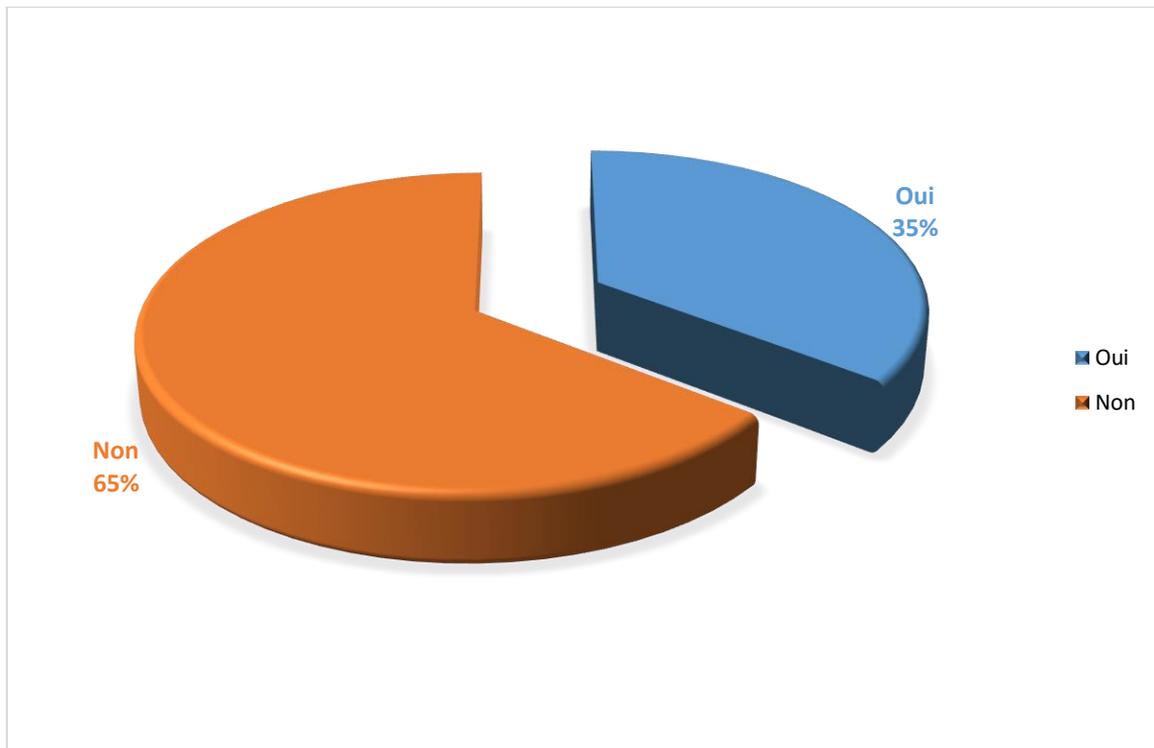


Figure 14 : Répartition des patientes en fonction de la transfusion sanguine

Le nombre de poche moyen transfusé était de $1,77 \pm 1,14$ poches avec des extrêmes de 0 à 4 poches.

Dans deux des cas soient **0,62%** les besoins en sang n'ont pas été couverts par manque de sang.

Tableau XX : Répartition des patientes selon le traitement postopératoire

Traitement	Effectifs	Pourcentage(%)
Antibiotique	31	100
Fer + Acide folique	31	100

Les principales antibiotiques utilisés ont été l'amoxicilline injectable (flacon de 1g), métronidazole perfusion (flacon de 500mg/100ml), Gentamicine injectable (ampoule de 80mg/2ml).

Tableau XXI : Répartition des patientes selon l'évolution des suites opératoires

Suites opératoires	Effectifs	Pourcentage%
Simple	27	87,1
Complicées	4	12,9
Total	31	100

Les quatre 04 complications ont été : 02 infections pariétales, 02 anémies.

5.4. Pronostic materno-fœtal :

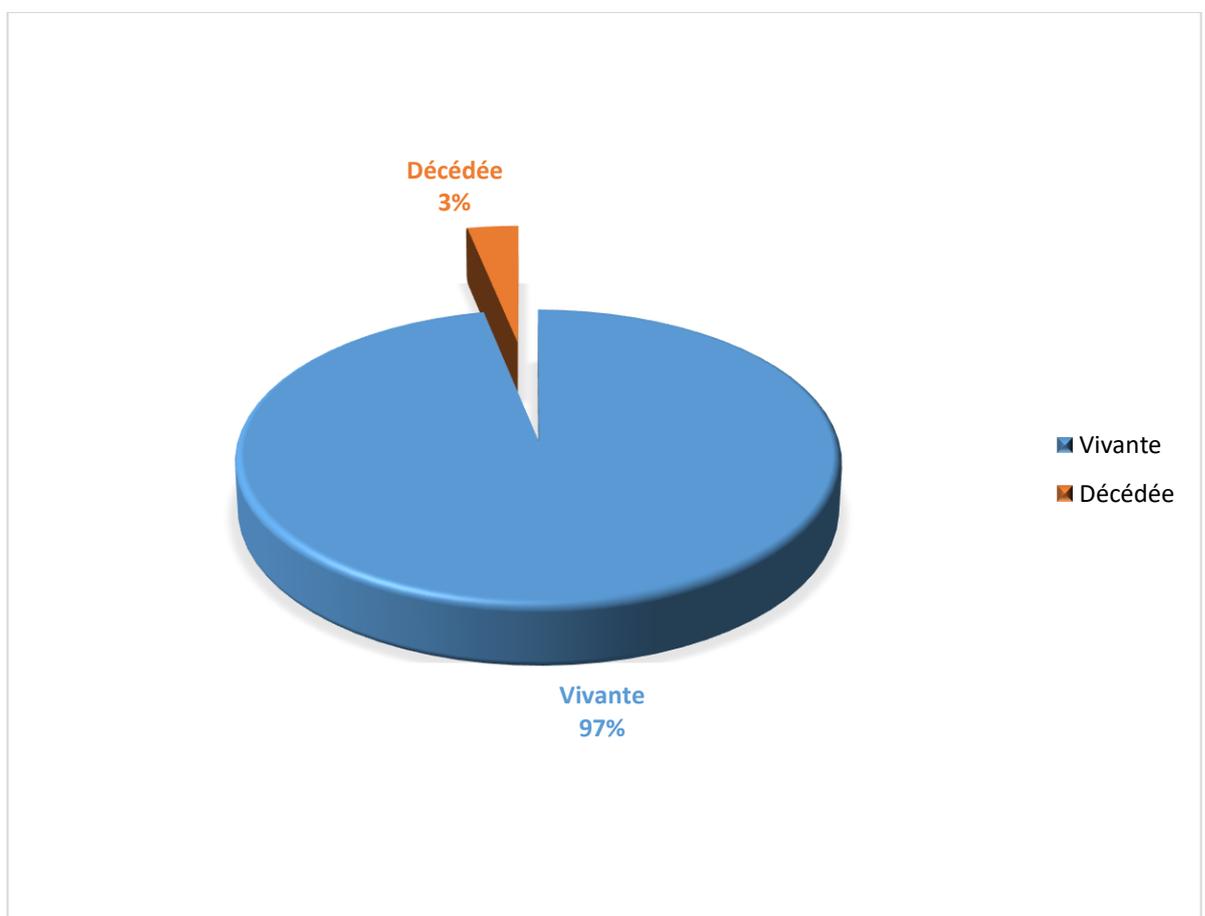


Figure 15 : Répartition des patientes selon le pronostic maternel

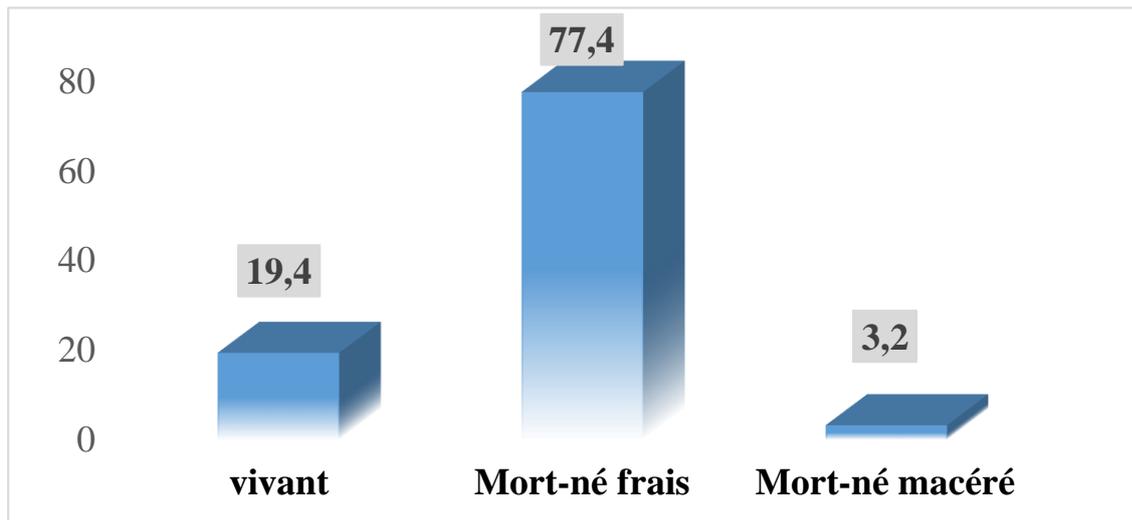


Figure 16 : Répartition des patientes selon l'état des nouveaux nés

Vingt-quatre (24) nouveaux soient **80,6%** étaient des mort nés par contre six (06) soient **19,4%** des nouveaux nés étaient vivants.

Nous avons enregistré deux (02) cas de décès néo-natal précoce et un (01) cas de décès néonatal tardif.

5.5. Résultats analytiques :

Tableau XXII : Relation entre la nature de la rupture et la distance parcourue.

Nature de rupture	Distance parcourue/Km				Total
	<25	25-50	50-100	>100	
Incomplète	3	2	0	0	5
Complète	12	10	1	3	26
Total	15	12	1	3	31

Khi2 : 0,938

ddl : 3

p : 0,667

Il n'existe de pas de corrélation statistiquement significative entre la nature de la rupture et la distance parcourue.

Tableau XXIII : Relation entre la nature de la rupture et la suite post opératoire

Nature de rupture	Suite post-opératoire			Total
	Infection pariétale	Anémie	Aucune	
Incomplète	0	1	4	5
Complète	2	1	23	26
Total	2	2	27	31

Khi2 : 2,115

ddl :2

p : 0,374

Il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre la nature la rupture et la complication postopératoire.

XXIV : Relation entre la nature de la rupture et le pronostic maternel

Nature de rupture	Pronostic maternel		Total
	Vivante	Décédée	
Incomplète	5	0	5
Complète	25	1	26
Total	30	1	31

Khi2 : 0,199

ddl : 1

p : 0,550

Il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre la nature la rupture et le pronostic maternel.

Tableau XXV : Relation entre la nature de la rupture et le pronostic fœtal

Nature de la rupture	Etat du Nouveau-né		Total
	Vivant	Mort-né	
Sous séreuse	4	1	5
Complète	7	19	26
Total	11	20	31

Khi : 12,183

ddl : 2

p : 0,002

IL existe une corrélation statistiquement significative entre la nature de la rupture et le pronostic fœtal.

Tableau XXVI : Relation entre le mode d'accouchement le pronostic fœtal

Mode d'accouchement	Etat du nouveau-né			Total
	Vivant	Mort-né frais	Mort-né macéré	
Voie basse	1	0	0	1
Laparotomie	10	19	1	30
Total	11	19	1	31

Khi2 :1,879

ddl : 2

p : 0,344

Il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre le mode d'accouchement et le pronostic fœtal.

COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION

VI. Commentaires et discussion :

6.1. Limites de notre étude :

Nous avons réalisé une étude descriptive longitudinale et transversale à collecte rétrospective et prospective sur une période de 24 mois. Malgré les difficultés suivantes nous avons atteint nos objectifs :

- L'insuffisance des matériels adéquats pour la prise en charge des ruptures utérines ;
- L'insuffisance de personnels au CSRéf.
- L'absence de banque de sang.

Nous avons obtenu :

6.2. Fréquence :

Pendant la période d'étude, nous avons colligé 31 cas de ruptures utérines pour 1864 accouchements soit une fréquence hospitalière de **1,66%** de cas.

Ce taux est nettement supérieur à ceux de **Traoré M [22]**, **Diakité I [7]**, **Diakité Y. [24]** qui ont rapporté respectivement dans leurs études **1,04%** ; **0,003%** et **0,13%** de rupture utérine. Notre fréquence nettement inférieure à celle de **Valère M K et al. [27]** qui avait trouvé dans son étude **2,4%** de fréquence de rupture utérine.

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

En général, les fréquences sont beaucoup plus élevées dans les pays pauvres que dans les pays fortement médicalisés. Cela s'explique par la gestion des principaux facteurs de risque:

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

Notre service étant une structure de deuxième niveau dans le cercle de Koro, cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par :

- Les évacuations tardives ;
- L'insuffisance de la couverture sanitaire;
- Le manque de personnel qualifié ; - Le mauvais suivi prénatal.

6.3. Caractéristiques sociodémographiques :

L'âge moyen de nos patientes était de **32±4,48 ans** avec des extrêmes de 24 à 45ans. Ce même constat a été fait chez beaucoup d'autres auteurs [7] [8]. La tranche d'âge de 20 à 35 ans a été la plus représentée avec **77,4%** des cas. Cette tranche d'âge correspond à la période d'activité génitale intense.

La majorité des patientes touchées par la rupture utérine venaient du milieu rural **83,9%**. Seulement **16,1%** étaient de Koro ville. La plus part des patientes recensées venaient de plus de 60Km de Koro ville. Le retard à l'admission constitue l'un des facteurs de rupture utérine.

La parité moyenne était de **5,80 ± 2,90** naissances avec des extrêmes de 1 et 14 naissances ; les multipares ont représenté **39%** suivies des grandes multipares **29%**.

Notre prédominance des multipares est conforme à celles de **Camara S.** [28] et **Traoré M.** [22]. Ce résultat s'explique par le fait, que la grande multiparité est un facteur de risque de rupture utérine en raison de la fragilité de la paroi utérine qu'elle entraîne.

En effet, l'intervalle inter gésésique moyenne inférieur à 24 mois, la multiparité, la fragilisation de l'utérus par une cicatrice antérieure, les tentatives d'accouchement à domicile pourraient contribuer à augmenter la fréquence des ruptures utérines dans notre pays.

Une patiente non instruite est moins prompte à recourir vers les structures de santé en raison de la méconnaissance des signes de danger au cours de la grossesse. Ainsi la majorité de nos patientes était non scolarisée (**77%**) et

le nombre de CPN moyen était de **2,61±1,33**. D'où la nécessité d'insister auprès des prestataires du niveau périphérique sur l'intérêt d'appliquer le concept de CPN recentré avec entre autres la consultation prénatale du 9^{ème} mois qui devrait permettre d'évaluer le pronostic de l'accouchement afin de référer les patientes à temps.

Les patientes ont été référées et/ou évacuées vers le CSRef de Koro dans **84%** des cas. Notre taux de référence/évacuation est similaires à ceux rapportés par **Traore Y.**[26] et **Fane K.**[9] avec respectivement **93,3%** et **92,9%**.

Les ATCD d'interventions chirurgicales sur l'utérus et les trompes peuvent constituer un facteur de risque de rupture utérine. Ainsi **19,4%** des patientes avaient un antécédent de césarienne. **Diakité Y.** [24], **Koita R.** [29], **Fané K** [9] et **Traoré.** [22] au Mali ont rapporté respectivement **38,8%**, **97,8%** ;

24,2% et **33,3%** d'utérus cicatriciel. Les patientes avaient un intervalle intergénésiq ue inférieur ou égal à 2 ans dans **51,6%**.

L'intergénésiq ue court est un facteur contribuant à une mauvaise récupération histologique du muscle utérin, le fragilisant au fur et à mesure des grossesses futures favorisant ainsi la rupture utérine [30].

6.3. Données cliniques :

La rupture utérine est survenue dans **90,3%** au cours de l'évacuation vers le CSréf de Koro et **9,7%** sont survenues au sein du CSRéf. Notre taux de rupture utérine survenue au cours de l'évacuation est supérieur aux données de la revue de la littérature au Mali. Ainsi **Traore Y.** [26], **Sanogo AC.** [30], **Fane K** [9] et **Traoré M.** [22] ont rapporté dans leurs études un taux de rupture utérine au cours de l'évacuation dans respectivement : **84,4%**, **28,7%** **71,7%** et

92,6%. Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par le fait, que le CSRéf est très éloigné des aires de santé périphérique mais aussi par un manque de préparation à l'accouchement, de manque de personnels qualifiés dans les CSCom et maternités rurales, le mauvais état des infrastructures routières et les accouchements non assistés par un personnel qualifié.

Les ruptures utérines spontanées surviennent souvent pendant le travail en cas de dystocie maternelle ou fœtale [31]. Dans notre étude, toutes les ruptures utérines étaient survenues pendant le travail. Les ruptures utérines spontanées étaient les plus concernées dans **64,5%** des cas, l'usage abusif d'ocytocine dans **9,7%**, **16,1%** des cas. Constat aussi fait par **Koné et al.** [32] qui a révélé qu'en Afrique noire 45 à 85 % des ruptures utérines ne surviennent que de façon spontanée. Par contre dans les pays industrialisés, la principale cause de rupture utérine est la désunion de cicatrice de césarienne : **Fedorkowa et al.** [33] au Canada dans une série de 15 ruptures utérines avait trouvé sept (7) cas de désunion de cicatrice de césarienne et **Shu Quaoi et al.** [34] avait trouvé 20 cas sur une série de 50 ruptures utérines.

La durée moyenne de travail était de 11,54 heures et BCF étaient absents dans **54,8%** des cas.

6.5. Aspect anatomo-pathologique :

Il s'agit d'une rupture utérine complète dans **83,9%** et incomplète dans **16,1%** des cas. **Sanago AC.** [30] et **Traoré M.** [22] au Mali dans leurs séries ont rapporté respectivement des taux de 62,5% et 93% de ruptures utérines complètes contre 37,5% et 7% de ruptures utérines incomplètes.

Le Siège de la rupture utérine était segmentaire dans **77%** des cas et segmento-corporelle dans **13%**. Le même constat a été fait par **Traoré M.** [22] et **Traoré Y.** [26] avec respectivement **78%** et **83,2%** de la rupture utérine segmentaire. Nous avons trouvé neuf lésions associées à la rupture utérine, il s'agissait six lésions vésicales soit **19,4%** et trois lésions cervicales soit **9,7%**.

6.6. Aspect thérapeutique :

La rupture utérine est une urgence obstétricale dont la prise en charge demande rapidité et efficacité. Le traitement de toute rupture reconnue est d'abord chirurgical. Plusieurs auteurs insistent à dire que la technique utilisée doit tenir compte de certaines considérations qui sont: le type de rupture, sa direction, son délai, l'état général de la malade, l'âge, la parité, le niveau d'instruction, le plateau technique, l'expérience de l'anesthésiste, le désir de procréer et l'expérience du chirurgien. Il est encadré par la réanimation pré, per et postopératoire. Son but est d'assurer une hémostase correcte des lésions et si possible les réparer. Le taux de transfusion de sang iso groupe iso Rhésus a été de **36%**. Le nombre de poche moyenne transfusé était de **1,77±1,14**.

Dans deux cas soit 0,62% les besoins sanguins n'ont pas été couverts.

L'hystérorraphie était le traitement chirurgical le plus pratiqué : **83,9%** des patientes. Ce taux est inférieur celui de **Guyot et al.**[35] en France (100%), **Yap et al.**[17](90.5%),**Diaz et al.**[36] (86%) aux Etats Unis et **Fane K.**[9] (**91,7%**) au Mali. En revanche il est supérieur à celui des séries africaines, notamment celle de **Ezegwui et al.** [37] (60,9%) ; Cisse et al (22%) ; **Vangeenderhuysen et al.** [5] (21%) et **Abouleth et al.** [12] (16,7%), **Camara** [28] (**40%**) au Mali.

Nous avons effectué une hystérectomie avec annexectomie dans **9,7%** des cas. Notre résultat est inférieur à celui de **Gueye** [38] qui avait rapporté **29,7%** de cas d'hystérectomie.

Le taux élevé de réparation utérin dans la présente étude pourrait s'expliquer par la réduction du temps écoulé entre le diagnostic et la mise en route du traitement. La parité de nos patientes (multipares majoritairement) a dû également jouer un rôle dans la décision. Cette prise en charge est médicochirurgicale faisant appel à la transfusion sanguine et une laparotomie d'urgence.

6.7. Pronostic materno-fœtal :

La rapidité du diagnostic et du traitement chirurgical permet d'améliorer le pronostic materno-fœtal. Nous avons trouvé deux cas d'infection pariétale soit **6,45%** et deux cas d'anémie **6,45%** des cas.

La mortalité maternelle était de **3%** dans notre étude. La mortalité maternelle est beaucoup plus importante et moins bien évaluée dans les pays à faible développement socio-sanitaire. **Fane K.** [9] et **Traoré M.** [22] au Mali ont rapporté respectivement **2%** et **3,7%** des cas de mortalité maternelle dans leurs séries. Elle était de **11, 26%** dans l'étude de **Abouleth et al.** [12] en Côte d'Ivoire et **17, 1%** dans celle de **Sepou et al.**[4] en Centre Afrique. Une note d'espoir est à relever car certaines études ont des taux de mortalité maternelle assez bas, témoignant de l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales et du plateau technique. La mortalité était de **4,6%** dans l'étude de **Vangeenderhuysen et al.** [5] au Niger et **4,9%** dans celle de **Ezegwui et al.**[37] au Nigeria. En effet, la survie maternelle est améliorée quand le suivi post opératoire est assuré de manière souhaitable.

Le pronostic fœtal est catastrophique surtout en Afrique où les patientes arrivent tardivement au CSRéf au stade de rupture confirmée. La mortalité fœtale reste par contre fort élevée dans tous les cas, comprises entre **87,8%** et **100%** : **Ezegwui et al.** [37], **Cisse et al.** [39], **Lankoandé et al.** [13] et **Abouleth et al.** [12]. La mortalité fœtale a été **64,5%** dans notre étude. Ce taux est inférieur à ceux de **Fané K.** [9] et **Traoré M.** [22] au Mali qui ont trouvé respectivement **83,9%** et **92,6%** de mortalité fœtale.

Nous avons enregistré **19,4%** de nouveaux nés vivants qui ont fait une souffrance fœtale au début. Ce taux est supérieur à ceux de **Fane K.**[9] et **Traoré M.**[22] qui ont observé respectivement **16,2%** et **7,4%** dans leurs série. La rupture complète favorise la survenue des décès néonataux (**p=0,003**).

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6.1. Conclusion :

La rupture utérine est l'une des complications les plus dramatiques du travail d'accouchement. Elle compromet directement la vie fœtale et maternelle. Il s'agit d'une pathologie de la période d'activité génitale intense. Elle survenait au cours de l'évacuation sanitaire de façon spontanée. La rupture utérine complète et segmentaire était la plus fréquente.

C'est une urgence obstétrico-chirurgicale dont la rapidité du diagnostic et du traitement chirurgical a permis d'améliorer le pronostic maternel, mais par contre la mortalité fœtale reste toujours élevée dans notre cercle. L'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales et du plateau technique permettra d'améliorer morbidité materno-fœtale imputable à cette pathologie.

6.2. Recommandations :

Au terme de notre étude, nous avons formulé les recommandations suivantes :

❖ Aux personnels politiques :

- Maintenir les agents socio sanitaires qualifiés dans le cercle ;
- Assurer l'équipement des services de santé ;
- Développer et améliorer les moyens de transport et l'état des route dans le cercle ;
- Renforcer le laboratoire du CSRéf pour la réalisation des bilans pré opératoires d'urgences et le doter en mini banque de sang ;
- Pourvoir les structures en personnel qualifiés.



❖ A la population :

- Fréquentation des centres de santé pour les consultations prénatales ;
- Accouchement dans les structures sanitaires.

❖ A l'endroit des agents socio sanitaires :

- Intensification de la CCC à l'endroit des populations en occurrence sur les risques liés à l'accouchement à domicile, le travail prolongé, les pratiques traditionnelles néfastes et la non-reconnaissance des signes de complications de la grossesse.
- Consultations prénatales de qualité (CPN recentrée).
- Utilisation du programme dans la surveillance du travail d'accouchement surtout au sein des CScom.
- Référence systématique toute gestante à risque (hauteur utérine supérieure ou égale à 36 cm, ATCD d'intervention sur l'utérus, les grandes multipares).
- Systématiser la consultation d'anesthésie à partir du 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- Référence à temps les patientes vers le CSRéf.

❖ Aux autorités sanitaires:

- Amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales au niveau du CS Réf de Koro.
- Améliorer le plateau technique du CSRéf de Koro.
- Recrutement de personnel qualifié pour tous les Cskom (Médecin, sage-femme).
- Dotation du CSRéf d'un service de réanimation.
- Développement et amélioration des moyens de transport et l'état des routes.
 - Récyclage des agents de santé qui sont au niveau des CSCom.
 - Disponibilité du sang au niveau du laboratoire du CS Réf de Koro.
 - Financement des projets d'étude des doctorants en médecine.

REFERENCES

VII.REFERENCES :

- 1. Merger R, Levy J et Melchior J.** Précis d'Obstétrique, 6ème édition, Masson, Paris ; 2001; 624p.
- 2. Guiliano M, Closset E, Therby D, LeGoueff F, Deruelle P, Subtil D.** Signs, symptoms and complications of complete and partial uterine ruptures during pregnancy and delivery. Eur J ObstetGynecolReprod Biol. 2014 ;179:130-4.
- 3. Pérez-Adán M, Alvarez-Silvares E, García-Lavandeira S, Vilouta-Romero M, Doval-Conde JL.** GinecolObstet Mex. 2013;81(12):716-26.
- 4. Sepou A, Yanza MC, Nguembi E, Ngbale R, Kouriah G, Kouabosso A et al.** Les ruptures utérines à la maternité de l'hôpital Communautaire de Bangui (Centrafrique). Med Trop (Mars). 2002;62(5):517-20.
- 5. Vangeenderhuysen C, Souidi A.** Rupture utérine sur utérus gravide : étude d'une série continue de 63 cas à la maternité de référence de Niamey (Niger). Med Trop. 2002;62(6):615-8.
- 6. Diallo MH, Balde IS, Mamy MN, Diallo BS, Balde O, Barry AB, Keita N.** Rupture utérine : aspects sociodémographique, étiologique et prise en charge à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry, Guinée. Med Sante Trop 2017 ; 27 : 305-309. doi : 10.1684/ mst.2017.0695.
- 7. Diakité I.** La rupture utérine au Cs réf de Koutiala. Thèse de médecine Bamako 2010 ; 283 : 89.
- 8. Diakité M.** Les ruptures utérines. A propos de 4 cas observés à Bamako. Thèse de Médecine, Bamako, 1995 ; N°1 : 71.
- 9. Fané K.** La rupture utérine au centre de santé de référence de Bougouni : aspects cliniques thérapeutiques et pronostic. Thèse de Médecine, Bamako 2014; 271: 103.
- 10. Direction Nationale de la Santé (DNS).** Protocole des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, 2006, MALI ; 59 p.
- 11. Traoré M.** La ligature des trompes : indication au cours de la césarienne : à propos de 91 cas colligés en 3 ans dans le service de Gynécologie - Obstétrique de l'hôpital national du Point « G » à Bamako et Mopti. Thèse de médecine, Bamako, 1991 ; 14 : 99.

- 12. Abauleth YR, Koffi AK, Cisse ML, Boni S, Djanhan Y, Janky E.** Pronostic de la rupture utérine au cours du travail : A propos de 293 cas colligés au chu de Bouaké (Côte D'ivoire). *Méd Trop* 2006 ; 66(5) :472-476.
- 13. Lankoandé J, Ouédraogo CMR, Touré B, Ouédraogo A, Akotionga M, Sano D, Dao B, Koné B.** A propos de 80 cas de ruptures utérines à la Maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou, Burkina Faso. *J GynecolObstet Biol Reprod*1997; 26 : 715-719.
- 14. Bujold E, Gauthier RJ.** Neonatal morbidity associated with uterine rupture. *Am J ObstetGynecol* . 2002 Feb;186(2):311-4. doi: 10.1067/mob.2002.119923.
- 15. Zwart JJ, Richters JM, Ory F, de Vries JI, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J.** Uterine rupture in The Netherlands: a nationwide population-based cohort study. *BJOG*. 2009 ;116(8):1069-78.
- 16. Menihan CA.** Uterine rupture in women attempting a vaginal birth following prior cesarean birth. *J Perinatol*. 1998 ;18 (6 Pt 1):440-3.
- 17. Yap OW, Kim ES, Laros RK Jr.** Maternal and neonatal outcomes after uterine rupture in labor. *Am J ObstetGynecol*. 2001 ;184(7):1576-81.
- 18. Amate P, Séror J, Aflak N, Luton D.** Rupture utérine pendant la grossesse in EMC d'obstétrique 5-080-A-10. Elsevier Masson SAS. 2014. France.
- 19. Lansac J, Berger C et Magni G.** Obstétrique : Collection pour le praticien, 4ème édition. Paris : Masson, 2003 ; 469 p.
- 20. Cassagnol C, Rudigoz RC.** Grossesse et utérus cicatriciel. *Encycl Méd Chir. Obstétrique*, 2003, (1) 5-016-D-20.
- 21. Universités de Fribourg, Lausanne et Berne Suisse,** <http://www.embryology.ch/francais/gnidation/role01.html>. lundi 04 Mars 2019 à 19H29 minutes.
- 22. Traoré M.** Aspects épidémiocliniques thérapeutiques et pronostic de la rupture utérine au CSRéf de Koutiala. Thèse de Médecine 2020 20M338.
- 23. Backo M .** Etude épidémio-clinique thérapeutique et pronostique de la rupture dans le service de gynécologie obstétrique du CHUGT. Thèse de médecine 2019 ; 360 : 149.

- 24. Diakité Y.** La rupture utérine au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. A propos de 139 cas de 2005 à 2009. Thèse de Médecine, Bamako, 2011, N°267 :97.
- 25. Semé K.** Rupture utérine à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou thèse de médecine Bamako 2010 ; 443 :83.
- 26. Traoré Y.** Les ruptures utérines à l'Hôpital National du Point « G »: facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques (à propos de 180 cas). Thèse de Médecine Bamako, 1996, No 27.
- 27. Valère M K, Henri E, Julius D S, Pascal F, Bénédicte M E. Panafricain médical Journal :** Accouchement sur utérus cicatriciel dans les pays à faibles ressources: circuit de prise en charge et devenir materno-fœtal. Pan African Medical Journal. 2018; 30 : 255. [doi: 10.11604/pamj.2018.30.255.15678]. Available online at: <https://www.panafrican-medjournal.com/content/article/30/255/full>.
- 28. Camara S.** Problématique de la rupture utérine dans le service de gynécologie obstétrique du CHU point g (à propos de 84 cas). Thèse de médecine Bamako 2015 n 170.
- 29. Koita R.** Aspect épidémio-cliniques et thérapeutiques de la rupture utérine au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de Médecine, Bamako 2017 ; N0121 : 89.
- 30. Sanogo A C.** Rupture utérine au centre de santé de référence de Kadiolo. Thèse de médecine Bamako 2009 ; 271 : 75.
- 31. Lansac J, Berger C, Magnin G.** Obstétrique pour le praticien, 6ème éd., Elsevier Masson Paris, 10/2013 : 584p. ISBN : 9782294727641. EISBN : 9782294732799.
- 32. Koné M, Diarra S.** Ruptures utérines au cours de la grossesse. Encycl Med Chir (Paris-France) ; Obstétrique ; 5-080 à 10 ; 1995 ; 7 p.
- 33. Federkowa DM, Nimrod CA, Taylor PJ.** Rupture of uterus in pregnancy, a Canadian hospital experience. Obstet and Gyn. Survey 1998 ; 2 : 98.
- 34. Qiaomei S.** La rupture utérine à propos de 50 cas. Guanxi Médial 1995 ;16 : 398.

- 35. Guyot A, Carbonnel M, Frey C, Pharisien I, Uzan M, Carbillon L.** Uterinerupture:riskfactors, maternal and perinatal complications. *J GynecolObstet Biol Reprod.* 2010 ;39(3):238-45.
- 36. Diaz SD, Jones JE, Seryakov M, Mann WJ.** Uterine rupture and dehiscence:ten-yearreview and case-control study. *South Med J.* 2002 ;95(4):431-5.
- 37. Ezegwui HU, Nwogu-Ikojo EE.** Trends in uterine rupture in Enugu, Nigeria. *J ObstetGynaecol.* 2005 ;25(3):260-2.
- 38. Gueye L, Thiam M, Niang MM, Ba PA, Mahammat S and Cisse ML.** EctopicPregnancy at the Thiès (Sénégal) RegionalHospital: A Study of Diagnostic, Therapeutic and Prognostics. *Austin J ObstetGynecol.* 2017; 4 (2) : 1073.
- 39. Cisse CJ, Faye EO, De Bernis L, Diadhiou F.** Rupture utérine au Sénégal : épidémiologie et qualité de la prise en charge *Med Trop (Mars).* 2010;62(6):619-22.

ANNEXES

Score d'Apgar :

Valeur	Fréquence cardiaque	Respiration	Tonus	Réactivité à la stimulation	Coloration
0	Absente	Absente	Hypotonie globale	Aucune	Cyanose (bleu) / ou gris
1	< 100	Irrégulière	Flexion des membres	Grimace	Acrocyanose
2	> 100	Efficace	Mouvements actifs	Vive	Rose

Le score complet comprend normalement 5 paramètres cotés de 0 à 2 et évalués successivement à 1mn, 5 mn et 10 minutes souvent.

Un score normal est supérieur à 7.

Un score inférieur à 7 est anormal et nécessite des gestes de réanimation.

Un score inférieur ou égal à 3 est synonyme de mort apparente.

Le mot Apgar a été par la suite transformé en acronyme mnémotechnique : Apparence (coloration), Pouls (fréquence cardiaque), Grimace (irritabilité, réflexe), Activité (tonus musculaire) et Respiration.

Iconographie :



Figure 17: Rupture utérine segmentaire.



Figure 18 : Rupture utérine segmento-corporeale.

FICHE D'ENQUETE

Fiche n° :

I-IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Date d'entrée/...../...../...../à...../h/...../min

Nom et Prénom : /...../...../
Age:/...../

Ethnie:/...../

Résidence : 1 : Koro, 2 : Pel ,3 :Koporo-Na , 4 : Koporo-Pen, 5 :Zon, 6 :Youdiou, 7 : Barapireli, 8 :Dinangourou, 9 :Toroli,10 :Autres

Profession : 1 : Ménagère, 2 : Elève/étudiante ,3 : 4 : Fonctionnaire, 4 : Autres

Statut matrimonial : 1 : mariée, 2 : Célibataire, 3 : Divorcée, 4 : Veuve

Niveau d'instruction : 1 : Non instruite, 2 : Primaire, 3 : Secondaire, 4 : Supérieur

II- ADMISSION

Mode d'admission : 1 : Référée, 2 : Evacuée, 3 : Venue d'elle-même

Moyen de transport : 1 : Motocycle, 2 : Tricycle, 3 : Transport en commun, 4 : Voiture personnelle, 5 : Ambulance, 6 : Autres

Provenance (centre de santé ayant évacué) : 1 : CSCom, 2 : Cabinet médical, 3 : Autres

Distance parcourue : /Km : 1 : ≤25, 2 :25-50, 3 :50-100, 4 : ≥100

Délai d'admission (délai entre décision d'évacuation et d'admission au CSRéf/heures) :Heures min

Motif de référence /évacuation : 1 : Hémorragie/Grossesse 2 : Hémorragie du post partum, 3 : Surdistension utérine, 4 : Présentation Vicieuse, 5 : Travail prolongé 6 : Syndrome de pré rupture utérine, 7 : Rupture Utérine, 8 : HRP, 9 :Autres

Partogramme : 1 : Oui, 2 : Non

III- ANTECEDENTS :

Médicaux : 1 : Aucun, 2 : HTA, 3: Diabète, 4 : Drépanocytose, 5 : VIH, 6 : Autres

Chirurgicaux : 1 : Aucun, 2 : Césarienne, 3 : Myomectomie, 4 : Cure de fistule vésico-vaginale, 5 : Autre à préciser.....

Obstétricaux :

- Gestité : A : 1, B : 2, C : 3, D : 4, E : ≥ 5
- Parité : A : 0, B : 1, C : 2, D : 3, E : 4, F : ≥ 5
- Nombre d'enfant vivant : 1 : 0, 2 : 1, 3 : 2, 4 : 3, 5 : 4, 6 : ≥ 5
- Nombre d'avortement : 1 : 0, 2 : 1, 3 : 2, 4 : 3, 5 : 4, 6 : ≥ 5
- Nombre d'enfant DCD : 1 : 0, 2 : 1, 3 : 2, 4 : 3, 5 : 4, 6 : ≥ 5
- Nombre d'enfant mort-né : 1 : 0, 2 : 1, 3 : 2, 4 : 3, 5 : 4, 6 : ≥ 5

Intervalle intergenesique: 1 : < 2 an, 2 : ≥ 2 an

Année de la dernière césarienne: /...../

Nombre de césarienne : A : 1, B : 2, C : ≥ 3

IV- Grossesse actuelle :

Suivi : 1 : Oui, 2 : Non

DDR :/ Age de la grossesse en SA : /...../

CPN : 1 : Oui, 2 : Non Nombre : 1 : < 4 , 2 : ≥ 4

Qualification de l'auteur : 1 : médecin, 2 : sage-femme, 3 : Infirmière-obstétricienne, 4 : Matrone, 5 : Autres

Prophylaxie anti-palustre : 1 : Oui, 2 : Non

Prophylaxie antianémique : 1 : Oui, 2 : Non

Prophylaxie antitétanique (VAT) : 1 : Oui, 2 : Non

Bilan biologique obligatoire : 1 : Complet, 2 : Incomplet

Groupage : 1 : Fait, 2 : Non fait

Pathologies au cours de grossesse : 1: Aucune 2 : HTA, 3 : Diabète, 4 : Infection génito-urinaire, 5 : VIH

V- Examen physique à l'entrée :

Général :

-état général : 1 : Bon, 2 : Passable, 3 : Mauvais, 4 : Agitation, 5 : Coma, 6 : Décès constaté à l'arrivée

-Conjonctives : 1 : Pâles, 2 : Colorées

- Sueurs froides : 1 : Oui, 2 : Non

- Soif intense : 1 : Oui, 2 : Non

- Sensation de coulée du liquide chaud dans le ventre : 1 : Oui, 2 : Non

-TA :

T° :

Pouls :

Obstétrical :

- Hauteur utérine/cm : 1 : ≤ 36 , 2 : > 36
- Bassin : 1 : Normal, 2 : Limite, 3 : Rétréci, 4 : asymétrique
- Contractions utérines /10 min : /...../
- Présentation : 1 : Céphalique, 2 : Siège, 3 : Transverse
- La poche des eaux : 1 : Intacte, 2 : Rompue
- Liquide amniotique : 1 : clair, 2 : Teinté :
- Verdâtre, -Jaunâtre, - Sanguinolent
- BDCF: 1 : Présent, 2 : Absent
- MAF : 1 : Présent, 2 : Absent
- Dilatation du col : 1 : ≤ 3 cm, 2 : ≥ 4 cm
- La palpation du fœtus sous la peau : 1 : Oui, 2 : Non

VI-Examens para cliniques :

Bilan biologique : 1 : Oui, 2 : Non

VII-Travail : Début : date /... .. /...../...../ à /.....H.....min

Avancement du travail :

1 : N'est pas en travail, 2 : Travail spontané, 3 : Déclenchement (médicaments)

Déroulement du travail : 1 : domicile, 2 : CSCom, 3 : Cabinet médical, 4 : CSRéf

Durée du travail : 1 : <6heures, 2:6-12heures, 3 : ≥12 heures

RPM : 1 : < à 6heures, 2 : ≥ à 6heures

Epreuve du travail : 1 : Oui, 2 : Non

VIII Mode d'accouchement : 1 : voie basse, 2 : Laparotomie

IX - Diagnostic de la RU :

Diagnostic : 1 : Préopératoire, 2 : Peropératoire

X- Lésions :

Nature de rupture : 1 : incomplète (Sous séreuse), 2 : complète

Siège : 1 : Segmentaire, 2 : Segmento-corporéale, 3 : Corporéale

Lésions associées : 1 : Oui, 2 : Non Si Oui :

1 : Déchirure cervicale, 2 : Déchirure vaginale, 3 : Déchirure périnéale

4 : Déchirure urétrale, 5 : Déchirure vésicale, 6 : Déchirure rectale

XI Etiologies :

Circonstance de découverte :

1 : Rupture utérine sur utérus sain,

2 : Rupture utérine sur utérus cicatriciel

Rupture utérine suite à une manœuvre :

1 : Expression abdominale, 2 : Forceps/ Ventouse, 3 : VMI, 4 : VME

5 : Utilisation abusive des ocytociques

Circonstances du diagnostic

1 : Tableau franc de rupture utérine

2 : Rupture utérine découverte au cours d'une révision utérine

XII- Méthode de traitement :

1. Hystérorraphie sans LRT

2. Hystérorraphie avec LRT

3. Hystérectomie subtotale

4. Hystérectomie totale

5. Mise en place de drain : - Oui, - Non

- : Unilatéral, - : Bilatéral

6. Antibiotiques : 1 : Oui, 2 : Non

7. Transfusion : 1 : Oui, 2 : Non

Quantité prescrite : /..... / et Quantité reçue : /...../

8. Durée de l'intervention :Heures.....Minutes

9. Abstention : /...../

XIII Evolution et pronostic :

La mère :

Suites simples : /1 : Oui, 2 : Non

Complications : 1 : Oui, 2 : Non

Infection pariétale : 1 : Oui, 2 : Non Endométrite : 1 : Oui, 2 : Non

Péritonite : 1 : Oui, 2 : Non

Septicémie : 1 : Oui, 2 : Non

Anémie : 1 : Oui, 2 : Non

Phlébite : 1 : Oui, 2 : Non

Décès : 1 : Oui, 2 : Non

Préciser la cause :

Délai de survenue du décès :heures.....minutes

Durée d'hospitalisation (en jour) : /..... /

Nouveau-né :

• Vivant : 1 : Oui, 2 : Non Si Oui

1 : Réanimé 2 : Non Réanimé

• Mort-né : frais:/...../ macéré:/...../

Fiche signalétique :

Nom : AYA

Prénom : Yacouba

Email : ayayacouba6959@gmail.com

Titre de la thèse : RUPTURES UTERINES : Aspects épidémio-clinique thérapeutique et pronostic au CSRéf de Koro.

Année universitaire : 2022-2023

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Service de gynéco-obstétrique, néonatalogie, CSRéf de Koro, santé publique/santé communautaire.

Objectifs :

Notre étude avait pour but d'étudier les aspects épidémiologique clinique, thérapeutique et pronostic de la rupture utérine à la maternité du CSRéf de Koro

Résultats :

Pendant la période d'étude, nous avons colligé 1864 accouchements parmi lesquels les ruptures ont représenté 31 cas soit une fréquence de **1,66%**.

La tranche d'âge la plus représentée était de 20 à 35 ans, L'âge moyen de nos patients était de **32±4,48 ans** avec des extrêmes allant de 24 à 45 ans

Les facteurs de risque ont été dominés par la multiparité **39%**, les présentations dystociques **26%**, les cicatrices utérines **16,1%** et l'utilisation abusive de l'ocytocine **9,7%**. Le traitement a été chirurgical (**90,3%** ont bénéficiés d'une hystérorraphie et **9,7%** d'une hystérectomie), **65%** de nos patientes ont bénéficiées d'une transfusion sanguine. Le pronostic maternel a été favorable avec 01 cas décès maternel, le pronostic foetal était mauvais avec 26 cas de décès périnataux soit **83,9%**.

Il existe une corrélation statistiquement significative entre la nature de rupture et la survenue des décès néonataux (**p=0,002**).

Conclusion :

La fréquence de rupture utérine était élevée dans notre structure Une rupture utérine pour 60 accouchements. C'est une urgence obstétrico-chirurgicale dont la rapidité du diagnostic et du traitement chirurgical a permis d'améliorer le pronostic maternel, mais par contre la mortalité fœtale reste toujours élevée dans notre cercle.

Mots clés : Rupture utérine, facteurs de risque, mortalité maternelle, mortalité périnatale.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de 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 !