

Ministère de l'Education de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T-B

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2021-2022



TITRE

Les ruptures utérines : Aspect épidémioclinique et pronostic materno-fœtal au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 23/06/2022

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : **Mr Berthé Fodé Kaba**

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT :

Pr. Broulaye Massaoulé Samaké

MEMBRE :

Dr. Boubacar Karembé

CO-DIRECTEUR :

Dr. Mamadou Keita

DIRECTEUR DE THESE :

Pr. Bakary Tientigui Dembélé

DEDICACE ET
REMERCIEMENT
S

Je dédie ce travail :

➤ **À Allah:** le tout Clément, le tout puissant, le miséricordieux, l'omniscient et l'omnipotent, tous les mots ne sauraient suffire pour exprimer ma gratitude, l'amour, le respect, et ma reconnaissance envers lui pour m'avoir donné la chance de réaliser et d'atteindre cet objectif.

➤ **Au Prophète : Mohamed,** paix et salut sur lui.

Que la paix et la bénédiction de dieu soient sur toi et tous les membres de ta famille. Nous te témoignons notre fidélité éternelle pour tout le bien accompli pour l'humanité.

➤ **À mon pays : le Mali,** Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te recouvrir.

➤ **À mon défunt père Feu Moussa Berthé,**

Mon super papa, mon héros de tous les temps, en aucun moment de ma vie je ne peux dire, ne pas avoir pu compter sur toi, car tu as été toujours là pour les autres en particulier pour les enfants.

Avoir eu un père comme toi est le rêve de n'importe quel enfant mais malheureusement ce n'est pas une chance qui est donnée à tout le monde, raison pour laquelle je rends grâce à Allah de t'avoir eu comme papa et mentor mais surtout d'avoir bénéficié de ton éducation.

Cette éducation pleine d'amour qui m'a appris la dignité, l'honneur, le respect, l'altruisme, la combativité et la bonté du cœur dans n'importe quel contexte.

Te dire merci aujourd'hui serait un euphémisme car je ne pourrai jamais le faire correctement aux vues de tous tes sacrifices mais je ferai tout ce qui est à mon pouvoir pour te rendre fier de moi là où tu te trouves comme je le suis tant de toi et ce travail en est le début.

Qu'Allah t'accorde un repos éternel au paradis. Amen !

➤ **À ma défunte mère: Feue Kadiatou Sidibé,**

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que tu as consentis pour moi en me donnant la vie, pour notre éducation et notre bien-être. Tu as fait de moi ce que je suis aujourd'hui, dommage que je n'ai pas pu profiter de cet amour puisque tu es parti plutôt mais si tu m'entends, sache que je t'aime de tout mon cœur. Je suis fier d'être ton fils, ton absence physique me frustre mais tu seras toujours présente dans nos cœurs.

On m'a fait raconter tes qualités de femme de foyers parfaite, de ton amour propre et de tes sacrifices envers tes enfants et les enfants d'autrui, de tes principes, de ta dignité, de ta loyauté envers ceux que vous aimez. Et ces qualités, je me suis forgé à les développer en moi.

Ce travail serait plus magnifique si tu étais là, à mes côtés, mais Dieu à décider autrement. Dors en paix chère mère. Que Dieu le Tout Puissant, le miséricordieux soulage tes souffrances en t'accorde son paradis. Amen !

➤ **À ma femme Djénéba Kéita,**

Tu es exceptionnelle, patiente, courageuse, Tu m'as toujours soutenue, comprise, et réconforté. Merci pour ta tendresse, ton amour, ton attention, ta patience, et tes encouragements. Je reste sans voix devant la grandeur de ton âme, ta disponibilité, ton soutien sans fatigue. Je laisse le soin au tout puissant de te combler de sa grâce et miséricorde. Puisse Dieu nous comble de bonheur, de santé, et nous procure une longue vie. Trouve dans ce travail mon sincère amour et ma reconnaissance.

Qu'Allah te bénisse. Amen !

➤ **À mon adorable Fille Sogona Berthé,**

Tu m'as toujours donné le sourire et la joie même quand je suis découragé.

➤ **À mon Beau père Dr Keita Issa ,**

Plus qu'un père vous avez été pour moi un guide, un ami et un confident. Vous m'avez soutenu sur tous les plans. Trouvez en ce travail mes remerciements et ma reconnaissance les plus sincères. Que dieu guide vos pas et fasse de vous une étoile brillante. Amen !

➤ **À mon oncle et grand frère Dr Karounga Camara,**

Vous êtes pour moi une référence, un oncle, un ami et un confident. Vous m'avez soutenu durant tout mon cycle universitaire. Trouvez en ce travail mes remerciements et reconnaissance les plus sincères. Qu'Allah vous benisse et vous garde longtemps. Amen !

➤ **À mes oncles : Namory Berthé , Fodemory Berthé, Yacouba Berthé
,Mamoutou Berthé,Famoro Berthé,Fadjimba Berthé,Abdoulaye
Berthé,Drissa Berthé,Bourama Berthé,...**

Veillez trouver dans ce travail un modeste témoignage de mon admiration et toute ma gratitude, de mon affection la plus sincère et de mon remerciement le plus profond pour votre encouragement et votre soutien moral durant toutes mes années d'étude.

➤ **À mes frères et sœurs,**

Vous êtes la prunelle de mes yeux, ma source d'inspiration et de motivation au quotidien. Grace à vous je sais que j'aurai toujours des gens sur qui compter dans la vie. Vous rendre fiers, faire bonheur est ce en quoi j'aspire car rien ne vaudra jamais la famille et je serai toujours là pour vous.

Je prie Dieu pour qu'il vous accorde une longue et pieuse vie ainsi que le bonheur absolu.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, et dont j'ai oublié ici de mentionner le nom sachez tous que vous avez marqué mon existence. Encore à toutes et à tous merci pour toujours. Ce travail est aussi le vôtre.

À tous nos maitres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.

Je vous remercie pour la qualité des enseignements que vous nous avez prodigués tout au long de notre formation. Soyez rassurés, « Je rendrai à vos enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères ».

Mes frères, sœurs, cousins et cousines : Karim Berthé ,Adama Berthé, Taoulé Berthé, Namissa Berthé, Fadjimba Berthé, Djibril Berthé, Mamadou Berthé Seydou, Mohamed Berthé, Fatim Sidibé ,Karifa Sidibé,...

À toutes mes tantes : Aucun langage ne saurait exprimer mon respect et ma considération pour vos soutiens et encouragements.

À mes grands-parents : A la mémoire de mes deux grands-mères et de mon grand-père paternelle sources de fierté. A mon grand paternel feu Fodé Kaba Berthé, tu es pour moi une source de sagesse.

Aux familles Keita à Namissala et à Figuira tomo, singulièrement à Faganda et son frère Moussa (Figuira) et Taoulé et son frère Moussa(Namissala)

Veillez trouver dans ce travail un modeste témoignage de mon admiration, de ma gratitude, de mon affection la plus sincère et de mon remerciement le plus profond pour votre encouragement et votre soutien moral durant toutes mes années d'étude.

À tout le personnel de la clinique Djidja Bamoye,

À tout le personnel de la clinique Ténéni,

À tout le personnel du cabinet mandé,

À tout le personnel du cscom de Bagadadji.

À Dr Sylla Mohamed DES en Urologie :

Consacré la majorité de son temps pour les corrections n'est pas une chose facile. Cela dénote d'une volonté absolue d'aider les autres. Permettez cher aîné de vous exprimer toute ma reconnaissance et mon attachement indéfectible à votre personne. Puisse Dieu vous récompense en bien pour tous les efforts que vous ne cessez de déployer pour les autres sans attendre une contrepartie.

À tous les internes du CSRéf CVI et particulièrement à mon équipe de garde :

Dr Macoura Traoré, Sitan Diallo et Oumou Diakité.

À cadets externes merci pour la bonne collaboration et respect porté sur ma personne.

À tous les étudiants de la FMOS et plus spécialement à la 11^{ème} promotion du numerus clausus, promotion feu Pr Gangaly Diallo.

Aux sages-femmes du CSRéf CVI du district de Bamako

Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

Aux anesthésistes et aux aides de bloc du CSRéf CVI du district de Bamako.

À tous les professeurs qui m'ont enseigné du cycle fondamental à l'université.

- À tous ceux qui ont contribué de quelque façon que ce soit à l'élaboration de ce modeste travail.

- À Toi qui utilisera un jour ce document pour tes recherches ; qu'il t'apporte ce dont tu auras besoin et permette d'apporter un plus dans la science en vue d'une meilleure santé pour tous.

HOMMAGES AUX
MEMBRES DU
JURY

HOMMAGE AU JURY :

À notre maître et président du jury

Pr Broulaye Massaoulé Samaké

- Maître de conférences agrégé en anesthésie réanimation ;
- Chef du service d'anesthésie réanimation du CHU Gabriel Touré ;
- Membre de la société d'anesthésie réanimation et de Médecine d'urgences du Mali (SARMU Mali) ;
- Membre de la société d'anesthésie réanimation de l'Afrique noire francophone(SARANF) ;
- Membre de la société française de d'anesthésie réanimation(SFAR) ;

Cher Maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Qu'Allah vous donne longue vie. Amen !

À notre Maitre et membre du jury.

Dr Boubacar Karembé

- Maitre-assistant à la FMOS ;
- Membre de la société de chirurgie du Mali(SO.CHI.MA) ;
- Spécialiste en chirurgie générale au CSRéf de la commune III ;
- Chef d'unité de chirurgie générale au CSRéf de la commune III ;

Cher Maitre

- Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.
- Votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre humilité font de vous un maitre respecté et admiré.
- Veuillez accepter ici l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

À notre Maitre et Codirecteur:

Dr Mamadou Keita

- Gynécologue Obstétricien au CSRéf de la commune VI,
- Praticien au CSRéf de la commune VI,
- Président de l'ordre communal des médecins de la commune VI,

Cher Maitre,

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.

À notre maître et Directeur de Thèse

Pr. Bakary Tientigui Dembélé

- Professeur agrégé en chirurgie digestive à la FMOS.
- Chirurgien généraliste au CHU Gabriel Touré.
- 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,

- C'est un grand honneur et un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves.
- Nous reconnaissons en vous les qualités d'enseignant juste et rigoureux.
- Votre disponibilité, votre abord facile, votre esprit critique, et votre rigueur scientifique font de vous un maître hautement apprécié et respecté.
- Vous êtes un modèle à suivre pour nous les étudiants.
- Trouvez ici l'expression de notre plus haute considération.

LISTE DES ABREVIATIONS

- **A.C.A.F :** Association des **Chirurgiens d’Afrique** Francophone.
- **CVI :** Commune **VI**
- **CHU:** Centre **Hospitalier Universitaire**.
- **CSCOM :** Centre de **Santé Communautaire**.
- **CSRéf :** Centre de **Santé de Référence**.
- **CSRéf CVI :** Centre de **Santé de Référence** de la **Commune VI**
- **Dr :** Docteur.
- **FMOS:** Faculté de **Médecine** et d’**Odonto-Stomatologie**.
- **FMPOS :** Faculté de **Médecine** de **Pharmacie** Et d’**Odonto-Stomatologie**.
- **G :** Gramme.
- **HTA:** Hypertensio \geq n **Artérielle**.
- **INFSS:** Institut **National** de **Formation** en **Sciences** de Santé.
- **KG :** Kilogramme
- **L :** Litre.
- **ML :** Millilitre.
- **OMS :** Organisation **Mondiale** de la **Santé**.
- **Pr :** Professeur.
- **SOCHIMA :** Société de **Chirurgie** du **Mali**.
- **TEL :** Telephone.
- **USA:** United **States** of **America** (Etats Unis d’Amérique).
- **% :** Pourcentage.
- **RU :** Rupture **Utérine** .
- **MFIU :** **Mort Fœtal In Utero**.
- **CPN :** Consultation **Prénatale**.
- **NNE :** Nouveau **né**.
- **UI :** Unité **Internationale**.

- **PRP** : Promoto Retro Pubien.
- **CM** : Centimètre.
- **CDC** : Centers for Disease Control and prevention.
- **SARMU**: Société d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgences du Mali.
- **SARANF** : Société d'Anesthésie Réanimation de l'Afrique Noire Francophone.
- **SFAR** : Société Française d'Anesthésie Réanimation.
- **APGAR** : Apparence Pouls Grimas Activité cardiaque Respiration.
- **PGE et PGF** : Prostaglandines vaginales.
- \geq : supérieur ou égal.

Table des matières

| | |
|--|----|
| I-Introduction : | 19 |
| OBJECTIFS | 21 |
| II. OBJECTIFS | 22 |
| II.1. Objectif général : | 22 |
| II.2. Objectifs spécifiques : | 22 |
| III. GENERALITES | 24 |
| A. Définition : | 24 |
| C Physiologie de l’utérus gravide : | 34 |
| D. Mécanisme des ruptures utérines : | 36 |
| E- Rappel physiopathologique : | 44 |
| F. Diagnostic : | 46 |
| G-TRAITEMENT : | 71 |
| H-PRONOSTIC FŒTAL: | 75 |
| IV. METHODOLOGIE | 81 |
| 1- Cadre d’étude : | 81 |
| 2- Type d’étude | 81 |
| 3- La période d’étude : | 81 |
| 4- Population d’étude : | 81 |
| 5- Echantillonnage : | 81 |
| 6- Collecte des données : | 82 |
| 7- Variables d’étude : Les variables à étudier ont été..... | 83 |
| 8- Analyse des données : | 84 |
| 9- Aspect éthique : | 84 |
| 10- Définitions opérationnelles : | 84 |

**Les ruptures utérines : Aspect épidémioclinique et pronostic materno-fœtal au centre de santé de référence de
la commune VI du district de Bamako.**

| | |
|-------------------------------|-----|
| RESULTATS | 87 |
| V.RESULTATS | 88 |
| VI. REFERENCES : | 126 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|-----|
| Tableau I: Fréquence des ruptures utérines en fonction de l'année | 88 |
| Tableau II: Féquence des ruptures utérines en fonction de la voie d'accouchement. | 88 |
| Tableau III: Répartition des patientes selon l'âge | 89 |
| Tableau IV: Répartition des patientes selon le statut matrimonial | 89 |
| Tableau V: Répartition des patientes selon leurs ethnies | 90 |
| Tableau VI: Répartition des patientes selon la résidence | 91 |
| Tableau VII: Répartition des patientes selon la profession | 92 |
| Tableau VIII: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction | 92 |
| Tableau IX: Répartition des patientes selon la profession de leurs maris | 93 |
| Tableau X: Répartition des patientes selon la parité | 93 |
| Tableau XI: Répartition des patientes selon la provenance et Rupture uterine | 94 |
| Tableau XII: Répartition des patientes selon la provenance | 95 |
| Tableau XIII: Répartition des patients selon les antécédents médicaux | 95 |
| Tableau XIV: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux | 96 |
| Tableau XV: Répartition des patientes selon les circonstances de découverte | 96 |
| Tableau XVI: Répartition des patientes selon l'intervalle inter génésique | 97 |
| Tableau XVII: Répartition des patientes selon le nombre de CPN et Rupture uterine | 97 |
| Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la qualification de l'auteur des CPN | 98 |
| Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la qualification de l'auteur des CPN et Rupture uterine | 98 |
| Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le lieu des CPN | 99 |
| Tableau XXI: Répartition des patientes selon le mode d'admission | 99 |
| Tableau XXII: Répartition des patientes selon le mode d'entré en travail | 100 |
| Tableau XXIII: Répartition des patientes selon le lieu de déroulement du travail et Rupture utérine | 100 |
| Tableau XXIV: Répartition des patientes selon la durée du travail et Rupture utérine | 101 |
| Tableau XXV: Répartition des patientes selon la durée du travail | 101 |

| | |
|---|------------|
| Tableau XXVI: Répartition des patientes selon le siège de la rupture | 101 |
| Tableau XXVII: Répartition des patients selon les manœuvres causales | 102 |
| Tableau XXVIII: Répartition des patients selon la dose d'ocytociques..... | 102 |
| Tableau XXIX: Répartition des patients selon le poids des nouveaux nés | 103 |
| Tableau XXX: Répartition des patientes selon les mal formation..... | 104 |
| Tableau XXXI: Répartition des patientes selon le type de bassin | 104 |
| Tableau XXXII: Répartition des patientes selon le type de la présentation..... | 105 |
| Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon la nature des lésions per opératoire. | 106 |
| Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon la morbidité..... | 106 |
| Tableau XXXV: Répartition des patientes selon les gestes chirurgicaux | 107 |
| Tableau XXXVI: Répartition des nouveaux nés selon les APGAR | 107 |
| Tableau XXXVI: Répartition des patientes selon l'état des nés | 108 |
| Tableau XXXVIII: Répartition des patientes selon l'état de l'utérus..... | 109 |
| Tableau XXXIX: Répartition des patientes selon le type de la rupture | 109 |
| Tableau XL: Répartition des patientes selon le siège de la rupture | 110 |

INTRODUCTION

I-Introduction :

La rupture utérine est une solution de la continuité non chirurgicale de l'utérus [1].

La rupture utérine demeure une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelles dans les pays du tiers monde, particulièrement au Mali. Elle occupe avec l'hémorragie qu'elle entraîne 30% des principales causes de décès dans les pays en voie de développement [2].

Aux USA, on note une rupture utérine pour 16849 accouchements [3].

En France, il est rapporté une rupture utérine pour 1299 accouchements [4].

En Afrique, cette fréquence est relativement élevée par des facteurs de risque comme le faible niveau socio-économique, l'insuffisance de suivi prénatal, l'éloignement géographique, la grande multiparité et le manque d'infrastructures sanitaires équipées en matériels et personnels qualifiés [5].

Au Sénégal, la fréquence de rupture utérine est de 0,58%, soit 1 cas pour 172 accouchements [6].

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

Au CHU Gabriel Touré, une étude effectuée en deux ans sur les accouchements dans un contexte d'utérus cicatriciel, faisait état de 0.7% de rupture utérine.

La fréquence de la rupture utérine au CSRef CV était de 0,18% en 2017 [7].

Le CSRef CVI est une structure de référence de 2^e niveau de Bamako où l'unité de gynécologie reçoit de nombreuses parturientes. Dans cette unité, la rupture représente 14,02 % des hystérectomies [8].

Elle peut se produire à tous les âges gestationnels mais survenant dans 75 à 80% des cas en cours de travail lors d'une tentative de voie basse après césarienne [4].

Le traitement curatif de la rupture utérine impose parfois une technique chirurgicale mutilante pour la patiente arrêtant ainsi définitivement sa procréation dans un monde où la stabilité de la famille tient le plus souvent aux enfants [9].

Quant à la prévention, elle nécessite des politiques bien réfléchies, prenant en compte une meilleure répartition des structures de santé, leurs dotations suffisantes en personnel qualifié et une meilleure organisation de la référence/évacuation à un coût abordable pour les populations [10].

Au Mali, plusieurs études ont été faites sur les ruptures utérines, pour mieux cerner ce problème dans la commune six, nous avons initié ce travail au CSRéf CVI qui est un centre de référence de deuxième niveau de la pyramide sanitaire en République du Mali.

Ainsi nous nous sommes assignés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

II.1. Objectif général :

- Etudier la rupture utérine au centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako.

II.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière de la rupture utérine.
- Décrire le profil sociodémographique des patientes.
- Déterminer les facteurs de risques et ou étiologiques de la rupture utérine et
- Déterminer le pronostic maternel et fœtal.

GENERALITES

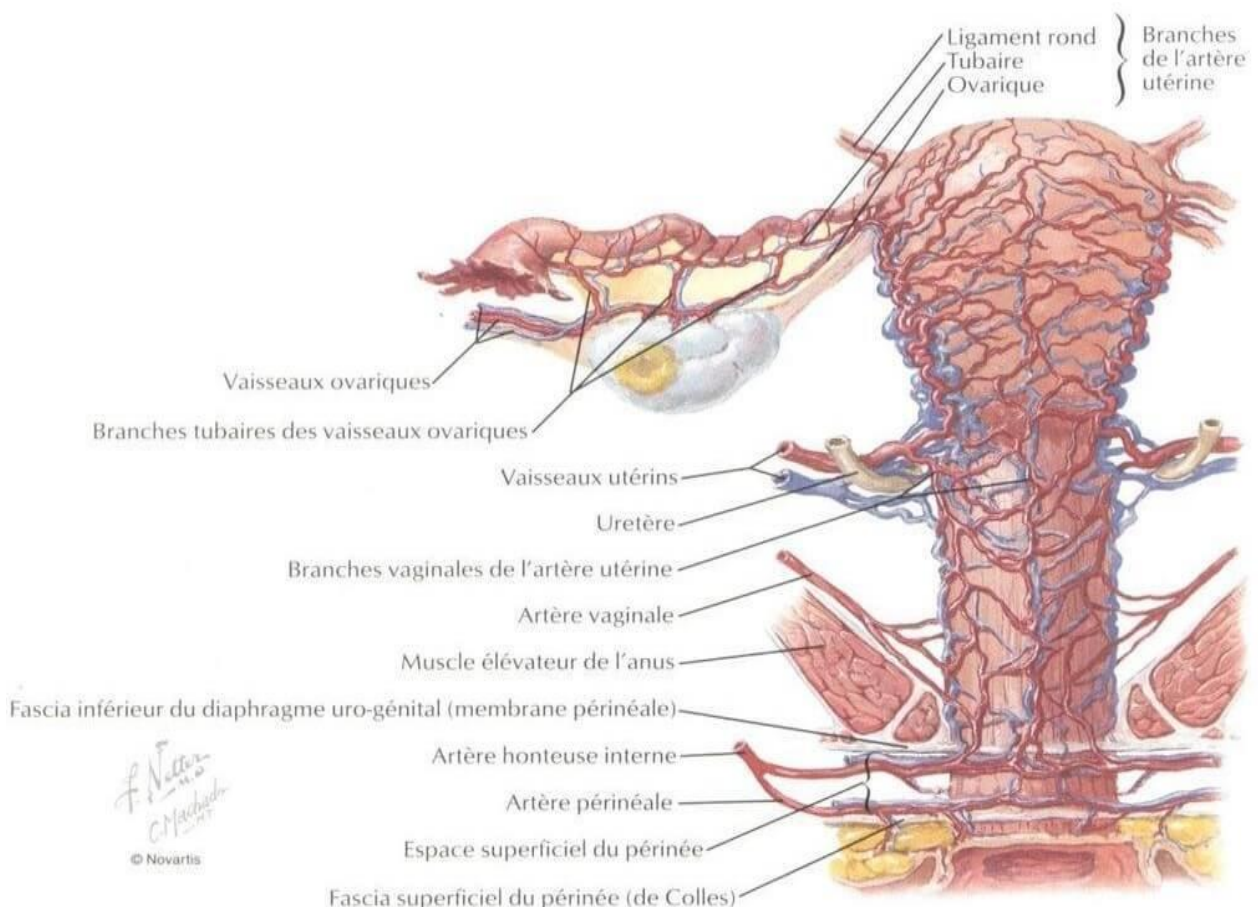
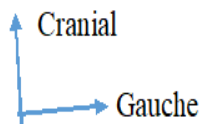
III. GENERALITES

A-Définition :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale de l'utérus [1].

B- ANATOMIE DE L'UTERUS :

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



1. ANATOMIE DE L'UTERUS GRAVIDE : [11]

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.

1-1-ANATOMIE DESCRIPTIVE ET RAPPORTS : [11]

1-1-1- Le corps de l'utérus :

a-Anatomie macroscopique

→Volume et forme :

L'utérus augmente progressivement de volume, d'autant plus vite que la grossesse est plus avancée

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

→Capacité :

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

→Poids :

Non gravide, l'utérus pèse 50gr ; à terme, son poids varie de 900 à 1200gr.

→Epaisseur des parois :

Elle varie :

Au début de la grossesse, les parois s'hypertrophient puis s'amincissent progressivement en proportion de la distension de l'organe.

A terme, l'épaisseur des parois est 8 à 10cm au niveau du fond ; 5 à 7cm au niveau du corps.

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

→**Consistance :**

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

→**Situation :**

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

Son fond déborde légèrement le bord supérieur du pubis dès la fin du deuxième mois. Secondairement, son développement se fait dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

→**Direction :**

En début de la grossesse, l'utérus garde son antéversion qui d'ailleurs peut être accentuée. Ensuite, il s'élève dans l'abdomen derrière la paroi abdominale antérieure.

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

→**Rapport :**

Au début de la grossesse, les rapports de l'utérus sont les même qu'en dehors de la grossesse. Ils sont encore pelviens. A terme, l'utérus est abdominal.

► **En avant** : sa face antérieure répond à la paroi abdominale. Il n'y à pas d'interposition d'épiploon, d'anses grêles chez la parturiente en dehors d'opération ayant porté sur la cavité abdominale. Elle rentre en rapport dans sa partie inférieure avec la vessie lorsque celle-ci est pleine.

► **En arrière** : L'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale, la veine cave inférieure et l'aorte. Sur les flancs, les muscles psoas croisés par les uretères et une partie d'anses grêles.

► **En haut** : le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut rentrer en rapport avec les fosses côtes. A droite, il répond au bord inférieur du foie à la vésicule biliaire ; le bord droit étant tourné vers l'arrière et rentre en contact avec le caecum et le colon ascendant ; le bord gauche quant à lui, il répond à la masse des anses refoulées et en arrière au colon ascendant.

b-anatomie microscopique :

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

La séreuse : elle s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle, elle adhère intimement à la musculuse du corps, alors qu'elle se clive facilement du segment inférieur.

La musculuse : elle est constituée de trois couches de fibres lisses qui ne peuvent être mises en évidence que sur l'utérus distendu. Il existe deux assises de faisceaux circulaires superposées. Ces assises, externe forment la partie contractile de l'organe. La couche plexi forme, en renfermant de nombreux faisceaux, se situe entre les faisceaux circulaires.

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

1-1-2- Le segment inférieur :

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

a - forme :

Elle est 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.

b -La situation :

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

c -Les caractères :

Sa minceur est le caractère essentiel. De 2-4cm d'épaisseur, le segment inférieur coiffe intimement la présentation : c'est le cas de la présentation du sommet.

d - Limite :

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

e -Orientation- Formation :

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

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

g-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. Elle peut masquer le segment inférieur explique en grande partie les atteintes viscérales au cours de la rupture utérine.

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

→**Faces latérales** : Elles sont en rapport avec la base du ligament large dont les feuilles, antérieur et postérieur s'écartent fortement. Dans ce paramètre, se trouvent les rapports chirurgicaux importants : l'artère utérine et l'uretère pelvien. La dextro-rotation utérine rend plus intime au segment inférieur les rapports latéraux droits, exposant ainsi en avant le pédicule utérine 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 cliniques, physiologique. L'étude clinique montrera la valeur pronostique capitale qui s'attache à sa bonne formation, à sa minceur, au contact intime qu'il prend avec la présentation. Physiologiquement, c'est un organe passif se laissant distendre. Situé comme un amortisseur entre le corps sur le col, il conditionne les effets contractifs du corps sur le col. Il s'adapte à la présentation qu'il épouse exactement dans l'eutocie en s'amincissant de plus en plus. Il reste au contraire flaque, épais, distend dans la dystocie. Dans les bonnes conditions, il laisse aisément le passage au fœtus. Au point de vue pathologique, il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique :

→ C'est sur lui que s'insère le placenta prævia.

→ C'est lui qui est intéressé dans presque toutes les ruptures utérines.

1-1-3- Le col de l'utérus :

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

- Forme et volume ne changent presque pas.
- Situation et direction ne changent qu'à la fin de la grossesse lorsque la présentation s'accommode ou s'engage. Reporte souvent en bas et en arrière c'est vers le sacrum que le doigt l'atteint au cours du toucher vaginal.
- **consistance** : elle devient plus molle près du terme, le col est formé d'une masse centrale de tissu non contractile.
- **Etat des orifices** : il ne varie pas ; ces orifices restent fermés jusqu'au début du travail chez la primipare. Chez multipare, l'orifice externe est souvent entrouvert. L'orifice interne peut être lui aussi perméable au doigt dans le dernier mois. Il peut être franchement dilaté mais le col conserve sa longueur et ne s'efface pas avant le travail. Ils ne sont que la suite naturelle de l'ampliation et de la formation du segment inférieur.

1-2- Vascularisation de l'utérus gravide :

1-2-1 Les artères :

Les branches de l'artère utérine, augmente 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, s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire. Le col est irrigué par les artères cervico-vaginales qui se bifurquent

pour donner deux branches : une branche antérieure, une branche postérieure, avant de pénétrer dans son épaisseur. Cette disposition permet la dilatation du col.

1-2-2- Les veines :

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

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

1-2-3- Les lymphatiques :

Nombreux et hypertrophiés, ils forment trois réseaux communiquant largement entre eux. Ce sont les réseaux :

- muqueux

- musculaires

- sous-séreux

1-3- Innervation :

Deux systèmes sont en jeu :

1-3-1-Le système intrinsèque :

C'est un appareil nerveux autonome. Il s'occupe surtout du col et du segment inférieur, et donne ainsi à l'utérus une autonomie fonctionnelle relative.

1-3-2- Le système extrinsèque :

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

Ces plexus proviennent :

- Des racines lombaire : sympathiques ou nerfs splanchniques pelviens
- Des racines sacrées de nature parasympathiques.

1-4 Le bassin osseux:

1-4-1 Le détroit supérieur:

Ses limites sont formées par:

- **en arrière:** le promontoire ou articulation lombo-sacrée faisant saillie dans l'aire du détroit supérieur;
- **en avant** par le bord supérieur du pubis et de la symphyse pubienne ;
- **latéralement:** par les lignes innominées.

Deux diamètres sont à connaître: le diamètre antéro-postérieur ou promonto-rétrobubien (PRP): 10,5 cm et le diamètre oblique: 12,5 cm.

1-4-2 La cavité pelvienne limitée:

- **en arrière** par une paroi longue de 16 cm: la face antérieure du sacrum;
- **en avant** par une paroi courte de 4 cm: la face postérieure du pubis;
- **latéralement** par la face interne de l'ischion avec la saillie des deux épines sciatiques marquant le léger rétrécissement du détroit moyen.

1-4-3 Le détroit inférieur: limité en avant par le bord inférieur du pubis; le coccyx en arrière et latéralement par le bord inférieur de l'ischion et du ligament sacro-iliaque.

➤ Le diaphragme pelvi-génital: c'est un ensemble musculo aponévrotique qui ferme en bas la cavité pelvienne. Le périnée se divise en périnée antérieur et postérieur. Il est constitué par le muscle releveur de l'anus qui le ferme en bas ne livrant passage qu'aux organes vésico-génito-rectaux sur la ligne médiane (en profondeur); superficiellement par les muscles superficiels du périnée.

C- Physiologie de l'utérus gravide : [11]

L'utérus se contracte d'un bout à l'autre de la grossesse.

Au début, les contractions utérines sont espacées, peu intenses et indolores.

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

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

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

L'activité utérine a un double but : la dilation du col et l'accommodation fœto-pelvienne.

1- La dilatation du col : C'est le temps le plus long de l'accouchement, il comprend plusieurs étapes :

➤ **Phase préliminaire ou phase de formation du segment inférieur :**

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

Cette phase se fait aux dépens de l'isthme de muscle élastique, aminci qui « s'individualise nettement du reste de l'utérus. Le segment inférieur formé se moule alors sur la présentation immobile : c'est l'adaptation foetosegmentaire.

➤ **Phase concomitante :**

Elle se caractérise par le décollement du pôle inférieur de l'œuf et la formation de la poche des eaux.

➤ **Phase de réalisation :**

C'est celle de la dilatation proprement dite.

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

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

2- Accommodation:

Elle comprend :

- **l'engagement** : c'est le franchissement par la présentation de l'aire du détroit supérieur ;
- **la rotation et la descente intra- pelvienne** : il s'agit de la traversée du détroit moyen pendant laquelle, le fœtus subit une rotation.
- **le dégagement** : les contractions des muscles abdominaux et le réflexe de poussée sont indispensables pour que l'expulsion du fœtus ait lieu. Ils sont associés aux contractions utérines, qui constituent la force motrice de l'utérus gravide et assurent l'hémostase après délivrance.

D- Mécanisme des ruptures utérines : [11]

1 -Analyse des contractions utérines douloureuses :

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

1-1 Hypercinésie de fréquence:

En cas d'obstacle prævia, les contractions utérines entraînent rapidement une rétraction utérine avec comme conséquence la rupture utérine. Il faut craindre une inertie utérine après cette « tempête » de contraction.

1- 2 Hypertonie utérine:

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

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

1- 3 Rétraction utérine:

C'est une contraction permanente. Elle s'observe dans certaines conditions: un travail prolongé avec rupture précoce de la poche des eaux, une lutte de l'utérus contre un obstacle prævia, une Présentation vicieuse abandonnée à elle-même.

1- 4 Inertie utérine:

Elle se traduit par des contractions utérines trop espacées. Les douleurs d'abord fortes et rapprochées s'espacent et deviennent faibles.

Elles peuvent cesser complètement, le col revient sur lui-même. Alors le travail peut durer plusieurs jours et l'agent déterminant de la rupture utérine n'est autre que la contraction utérine elle-même, devenue anormale par son énergie et sa durée. Si un obstacle existe ou si la musculature utérine est de mauvaise qualité, le mécanisme normal de l'accouchement se trouve alors perturbé, le muscle utérin se contracte, se tétanise ; en ce moment, il est prêt à la rupture. Il finit par se rompre au niveau de la partie la plus fragile: le segment inférieur, si l'obstacle n'est pas levé.

2 -Théories :

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

2-1 La théorie de BANDL :

Cette théorie explique surtout les ruptures utérines par dystocies osseuses.

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

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

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

L'anneau de **BANDL** s'explique par la rétraction exacerbée de l'utérus, avec étirement du segment inférieur. L'utérus prend alors une forme caractéristique: celle du sablier. Cette situation aboutit à une mort fœtale in utero, puis à la rupture utérine proprement dite.

2-2 La théorie de l'usure perforante :

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 ressert, puis lorsque la pression devient trop forte, apparaît la rupture.

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

Mme LACHAPELLE avait émis l'idée que le segment inférieur tiraille 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.

La théorie de **BANDL** et celle de **BRENS** ne s'y opposent pas; suivant la nature étiologique, ces mécanismes aboutissent à la rupture utérine, soit chacun pour son propre compte, soit en additionnant leurs effets. En résumé une dystocie osseuse ou des parties molles, une macrosomie ou la présentation dystocique du fœtus sont responsables de la gêne à la descente du mobile fœtal dans la filière maternelle, déclenchant une lutte de l'utérus contre un obstacle à son évacuation.

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

2-3- 1 Ruptures corporéales:

Le mécanisme relève d'une faiblesse musculaire, conséquence d'une cicatrice opératoire (myomectomie avec ou sans ouverture de la cavité, césarienne et/ou accidentelle). C'est la distension de ce point faible, zone amincie et peu élastique dont l'expansion est souvent limitée (en plus des adhérences péritonéales), qui aboutit à l'apparition de la solution de continuité. La désunion peut se faire vers le début du travail quand les contractions seront de plus en plus rapprochées.

2-3-2 Ruptures utérines compliquées:(associées à la déchirure du col).

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

des ruptures cervico-segmentaires simples; des ruptures cervico-segmento-corporéales.

2-4 Nature des lésion :

2-4-1 Sièges : deux grands groupes : Les ruptures utérines segmentaires et les ruptures utérines corporéales.

Elles sont de loin les plus fréquentes. Elles sont Complètes ou non, traumatiques ou spontanées, iatrogènes ou non, antérieure ou postérieure pouvant atteindre les deux faces et peuvent siéger en tout point du segment inférieur.

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

Cependant, AUDEBERT et TOURNEUX avaient observé dans deux cas une régénération musculaire complète avec « restitution ad intégrum » PICAUD met l'accent sur le soin qu'il faut attacher à éviter de saisir la muqueuse lors des sutures musculaires [12].

2-4-1-2- Ruptures utérines corporéales:

Les plus rares et le plus souvent complètes, les ruptures utérines intéressent les trois tuniques : péritonéale, musculaire, séreuse

Elles sont très souvent le fait d'une cicatrice antérieure : l'hystérotomie, curetage trop appuyé après avortement, myomectomie. Elles peuvent être fundiques ou antérieures.

2-4-1-3 Ruptures segmento-corporéales ou cervico-corporéales :

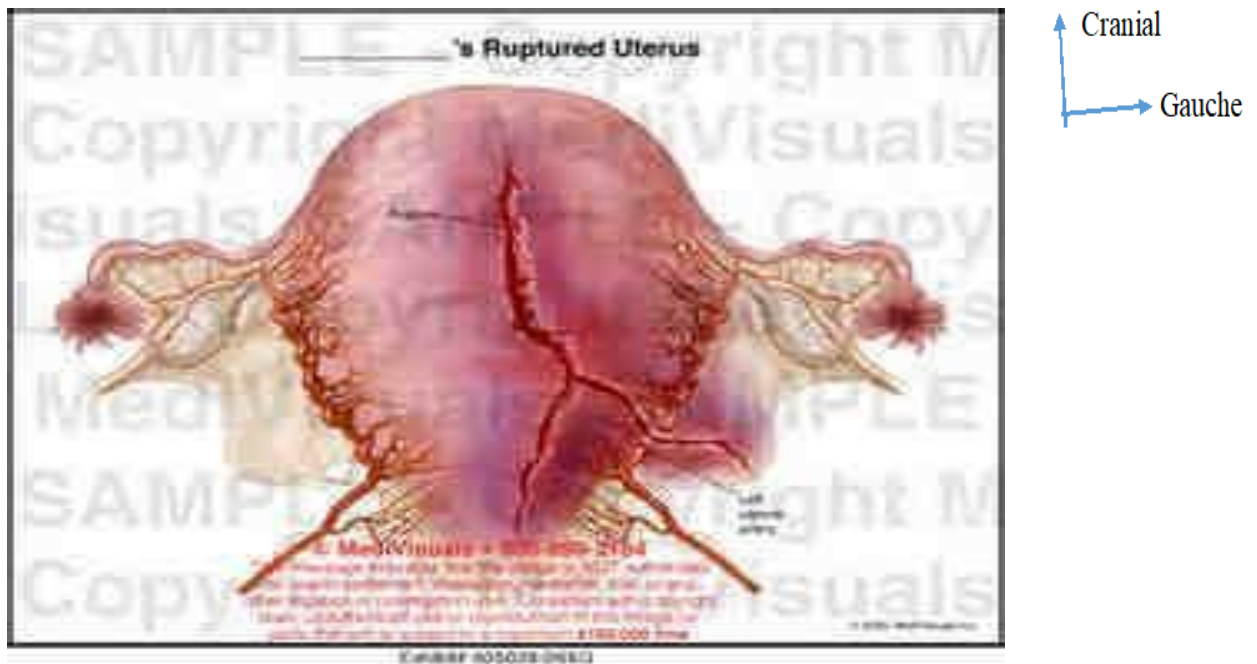


Photo 1 : rupture utérine segmento-corporéale

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

2-4-2 La direction :

Elle peut être :

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

Oblique ;

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

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

2-4-3 L'étendue:

Elle est variable.

Elle peut être réduite, de quelques centimètres, ou au contraire très importante. .

Les troubles vasculaires sont très importants à type de : nécrose, infarctus, et d'ischémie.

Les lésions infectieuses ne sont pas rares.

2-4-4 La profondeur : On distingue :

2-4-4-1. Les ruptures utérines complètes : 60 à 70 % des cas ; toutes les tuniques sont intéressées. Elles peuvent être linéaires ou stellaires quand l'organe est éclaté.

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

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

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

2-4-4-2 Ruptures utérines incomplètes :

Les trois tuniques ne sont pas toutes atteintes.

Ainsi, on distingue les ruptures utérines sous-péritonéales épargnant la séreuse des ruptures extra-muqueuses qui, elles, respectent l'endomètre.

Celles-ci sont rares.

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

Le décollement plus ou moins étendu du péritoine ;

L'hématome péri utérin et sous-péritonéal.

2-4-4-3. Ruptures utérines compliquées :

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

Des lésions intestinales : Elles sont dues le plus souvent à une compression ou à l'existence d'adhérences entéro-utérines.

Des lésions vaginales : Le dôme vaginal est ici le plus souvent déchiré.

Des lésions vésicales ou urétérales : C'est le cas le plus fréquent. Elles sont dues à la compression de la vessie et de l'uretère par la présentation.

Les fistules recto-vaginales sont exceptionnelles.

Les uretères sont atteints dans leur trajet pelvien.

Les vaisseaux peuvent être atteints entraînant un hémopéritoine très important.

2-4-5 L'aspect des bords lésionnels :

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

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

2-4-6 Le contenu utérin :

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

E- Rappel physiopathologique : [11]

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

1- Retentissement fœtal :

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

➤ En pré partum :

La rupture utérine entrave très sérieusement les échanges materno fœtaux.

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

Expulsé dans la cavité abdominale le fœtus est le plus souvent mort.

Le fœtus a succombé pendant la période de rétraction utérine ou meurt après la rupture.

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

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

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

Les lésions peuvent avoir des bords :

Frais : c'est le cas des désunions le plus souvent ou des ruptures assez récentes.

Nécrosés ou délabrés et friables.

➤ **En post-partum :**

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

Plusieurs variantes sont possibles :

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

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

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

2- Retentissement maternel : deux éléments le déterminent.

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

L'hémopéritoine a trois origines :

Les berges utérines lésées ;

La désinsertion du placenta ;

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

➤ **L'infection :** elle est citée par plusieurs auteurs. [11]

Deux faits importants sont à retenir :

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

L'infection et l'anémie forment un cercle vicieux, l'une étant aggravée par l'autre.

F. Diagnostic : [11]

1 –Diagnostic clinique :

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

Nous décrirons schématiquement deux tableaux cliniques :

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

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

1-1. Les ruptures utérines précoces :

Les tableaux cliniques sont assez variés.

1-1-1 Rupture des utérus malformés ou cicatriciels : [11]

➤ Rupture utérine sur utérus cicatriciel :

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

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

L'examen doit être complet et mené minutieusement.

➤ Rupture de la corne utérine rudimentaire :

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

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

La laparotomie exploratrice d'urgence révèle la rupture de la corne rudimentaire gravide.

1-1-2 -Rupture isthmique ou cervico-isthmique après avortement tardif :

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

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

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

➤ **Rupture cervico-isthmique :** (à développement tardif). [11]

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

1-2. Les ruptures utérines tardives :

1-2-1- Ruptures spontanées :

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

On dénote trois temps :

❖ **Premier temps :** (prodromes)

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

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

L'accouchement traîne en longueur.

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

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

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

❖ **Deuxième temps :**

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

La palpation note souvent un maximum sous-pubien de la douleur provoquée, surtout il y a une ampliation et un amincissement extrême du segment inférieur qui s'individualise du corps utérin par un sillon donnant à l'ensemble de l'utérus une forme de SABLIER.

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

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

❖ **Troisième temps :**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

➤ **Formes cliniques :**

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

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

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

La symptomatologie peut être encore moins significative.

C'est ainsi que l'apparition d'une souffrance fœtale objectivée ou même la disparition des bruits du cœur peuvent être la seule manifestation clinique ; ou encore l'existence

d'une douleur exquise provoquée dans le flanc ou sur le bord de l'utérus, à la pression du segment inférieur déjà césarisé.

La rupture peut ne se révéler qu'après l'accouchement ; mais en général, elle se manifeste avant la délivrance, sous des aspects peu explicites.

Parfois, l'enfant naît mort ou de façon inattendue en état de grande détresse. Ou encore une petite hémorragie se produit et se prolonge ; ou bien, au contraire, en l'absence de saignement, le placenta ne se décolle pas, pendant que l'état général s'altère plus ou moins. On est ainsi amené à pratiquer la délivrance artificielle et à reconnaître la rupture, du moins si l'on en a évoqué l'éventualité.

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

LA REVISION UTERINE est, ici, INDISPENSABLE.

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

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

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

Les lésions vésicales peuvent être une simple blessure ou au contraire, un éclatement de l'organe. La sonde ramène alors du sang pur. On peut rencontrer un éclatement des culs-de-sac latéraux du vagin. Le rectum n'est jamais atteint.

Les ruptures utérines peuvent s'accompagner d'afibrinogénémie, avec incoagulabilité sanguine.

- **Rupture utérine et placenta accreta** : La patiente présente un long passé de douleurs abdominales ayant évolué par poussées, au cours de presque toute la grossesse. C'est une de ces crises qui va aboutir à la rupture, le plus souvent avant le début du travail. On peut retrouver une métrorragie.

La palpation retrouve une contracture utérine ; le diagnostic sera celui du décollement prématuré du placenta normalement inséré. Il ne faut pas hésiter à faire une laparotomie.

- **Formes atypiques** : il s'agit de formes :

Occluse, Pseudo-appendiculaire, Pseudo-pyélitique.

1-2-2 -Ruptures utérines provoquées :

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

- **Après des manœuvres instrumentales ou manuelles** : Destinées à extraire le fœtus, donc pratiquées sous anesthésie ; celles-ci vont masquer les deux premiers temps de pré rupture et de rupture, la femme endormit ne pouvant pas traduire de symptômes douloureux. Quant aux signes de rupture confirmée, ils sont absents : pas de signes fœtaux, le fœtus étant déjà extrait.

Trois faits doivent alors attirer l'attention :

Pénible au début, la manœuvre devient soudain d'une extrême facilité.

Le décollement du placenta ne se fait pas.

Surtout, il y a par la vulve, un écoulement important de sang. Dans tous les cas, il est essentiel, chaque fois qu'on fait une intervention chirurgicale difficile, de pratiquer une révision utérine. Cette vérification nécessaire permet seule de découvrir et d'apprécier une déchirure du segment inférieur.

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

➤ **Après une perfusion d'ocytocique. [12]**

2- Diagnostic positif

Il peut être souvent facile, parfois il est impossible à affirmer.

• Diagnostic facile

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

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

• Au contraire, le diagnostic devient problématique : en cas

- d'anesthésie, de désunion silencieuse et progressive,
- de déchirure du col propagée au segment inférieur ou de rupture complète ou extra muqueuse. [9]

3- Diagnostic différentiel

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

-la grande multiparité : chez la multipare, la paroi est parfois démuscularisée ; le fœtus paraît alors situé sous la peau.

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

-le décollement prématuré du placenta normalement inséré :

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

- -le placenta prævia :

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

-Par ailleurs on pourra discuter :

- Une appendicite,

-une pyélite,

-un iléus paralytique. [1, 9, 12]

4- Diagnostic étiologique :

Les ruptures utérines sont le fait d'une association de facteur morbide plus ou moins complexe. Plusieurs classifications sont possibles.

4-1. Rupture pendant la grossesse :

Elles se divisent en deux grands groupes :

- Rupture utérine provoquée
 - Rupture utérine spontanée
- **Ruptures utérines provoquées** : Elles sont très rares et ne se rencontrent que si la grossesse est avancée. Lorsque l'utérus est encore peu développé, il est à l'abri, derrière la symphyse pubienne. Au voisinage du terme, au contraire, il est offert à tous les traumatismes par :
- Une arme blanche
 - Une arme à feu,
 - Une corne de bovidé.

Il s'agit d'une contusion de l'abdomen, par écrasement par exemple, accident de la voie publique. En augmentant la fréquence. La blessure utérine est loin d'être toujours isolées [13]. C'est une urgence chirurgicale, justiciable de la coeliotomie, seule capable de découvrir et de traiter les lésions viscérales associées.

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

○ **Les Ruptures utérines spontanées**

Les ruptures utérines spontanées sont de véritables ruptures obstétricales.

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

- **Les cicatrices de césariennes**

Elles peuvent être segmento-corporéales, mais surtout corporéales. Les ruptures de cicatrice entraînent une déchirure de toute l'épaisseur de la paroi utérine, les deux berges de la cicatrice se séparant complètement [14].

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

Ainsi se rompent les cicatrices de césariennes corporéales antérieures.

- **Les utérus cicatriciels après intervention chirurgicale non obstétricale.**

- la myomectomie avec ou sans ouverture de la cavité : le risque de rupture lié à cette technique conservatrice est minime,

- la salpingectomie avec excision de la portion interstitielle est citée comme responsable de rupture utérine au cours de la grossesse.

- L'hystéro plastie et l'hystéro scopie interviennent rarement dans la genèse de cette pathologie.

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

L'association rupture malformation utérine. [15].

4-2-Ruptures utérine pendant le travail

Elle se divise en ruptures spontanées et en ruptures provoquées.

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

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

4-2-1-Ruptures spontanées :

Les causes sont : les unes, maternelles et les autres ovulaires.

4-2-1-1 causes maternelles

4-2-1-1-1- La multiparité

Les ruptures utérines se voient presque exclusivement chez la multipare.

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

Ces modifications portent :

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

Un des facteurs prédisposant majeurs de la rupture utérine est la grande multiparité ; celle-ci agit par altération de la paroi utérine qui devient ainsi fragilisée [16]

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

Dystocies osseuses : on les classe en

4-2-1-1-2- Bassin immature : Il se pose ici le problème de la gravido puerpéralite chez l'adolescente : La jeune fille n'a pas encore la maturité anatomique et physiologique pour permettre une issue favorable à la grossesse qu'elle porte.

4-2-1-1-3- Malformations pelviennes : quelles soient acquises ou congénitales, les malformations pelviennes sont indispensables. Elles sont prises en compte quant au déroulement de la grossesse, mais surtout au pronostic de l'accouchement. On distingue des bassins rétrécis symétriques, des bassins asymétriques et le bassin dystocique après traitement orthopédique.

Bassins rétrécis symétriques bassins rétrécis Asymétriques

*Non déplacés

* D'origine locomotive

. BGR (bassin généralement rétréci)

. Boiterie simple

. Bassin plat

.luxation unilatérale de la

. Bassin transversalement rétréci

.Paralysie infantile

.coxalgie

*Non déplacés exceptionnels:

* D'origine vertébrale

. Bassin ostéomalacique

.Scoliose

*Déformés et déplacés :

* D'origine pelvienne

. Bassin cyphotique ou lordotique

.atrophie pelvienne

. Fracture du bassin

. Tumeur osseuse

Bassins dystociques après traitement orthopédique.

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

4-2-1-1-4-Tumeurs prævia

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

➤ Tumeurs bénignes :

- ❖ **Kystes de l'ovaire** : le kyste pelvien au contraire du kyste abdominal reste prævia, élève un obstacle infranchissable à l'accouchement par voies naturelle. Les complications seraient les mêmes que celles de tout obstacle prævia : inertie et infection ou rupture utérine.
- ❖ **Fibrome utérin** : l'association myome et grossesse s'observe en général chez les femmes ayant dépassé 30 ans, plus souvent chez les primipares. Au centre de Foch, excepté les petits noyaux, sa fréquence est de 1,9 sur 55000 accouchements [2].

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

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

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

➤ **Tumeurs malignes :**

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

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

COHEN, collige 138 cas de cancer du col et grossesse qui a abouti dans 12 cas (8,95%) à une rupture utérine. le diagnostic reste de la haute gravité.

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

➤ **Cas particulier de l'association cerclage rupture utérine**

PUDEUR et WAGNER, rapportent 1cas de rupture avec cerclage du col.

Au Mali on signale 1 cas de rupture au cours du travail avec fil de cerclage en place, donc c'est un phénomène méconnu. [17]

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

4-2-1-2- Causes fœto-ovulaires :

4-2-1-2-1- Causes fœtales :

En Afrique en général et au Mali en particulier, les dystocies d'origine fœtale occupent une place très importante à la cause classique de rupture utérine. Elles sont rares dans les pays développés. [15]

Elles s'expliquent par :

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

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

➤ **Excès de volumes localisés de fœtus**

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

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

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

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

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

En l'absence du traitement, c'est le cas de rupture utérine par élongation du segment inférieur qui arriverait. Tel est le cas de la présentation céphalique. En cas de siège, l'accouchement de la tête dernière en l'absence du traitement, provoquerait l'éclatement du segment inférieur.

➤ **Autres excès de volume** : on peut citer

- les kystes congénitaux du cou,
- certaines malformations telles que la tumeur sacro coccygienne.

L'accouchement par voie basse est le plus souvent compatible dans ces cas d'excès de volume total du fœtus.

Les gros fœtus provoquent les ruptures utérines par disproportion foetopelvienne. Dans le cas des poids excessifs, le fœtus ne peut pas passer à travers un canal pelvien normal.

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

La disproportion foeto-pelvienne est une cause usuelle et classique de la rupture utérine [16].

➤ **Présentation dystocique** :

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

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

Lorsque à la fin de la grossesse ou pendant le travail, l'aire du détroit supérieur n'est occupé ni par la tête, ni par le siège du fœtus, celui-ci, au lieu d'être en long, se

trouve en travers ou en biais, il est en position transversale ou plus souvent en oblique.

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

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

4-2-1-2-2- Causes ovulaires :

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

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

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

Il peut s'agir de placenta accreta ou percreta. [16]

Les difficultés diagnostiques sont, ici, reconnues par tous.

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

Pour mémoire, une cause ovulaire exceptionnelle, la môle disséquante est retrouvée associée à la rupture utérine chez une primipare de 27 ans ayant un antécédent de môle invasive traité avec succès par chimiothérapie.

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

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

La destruction du myomètre serait la cause de cette rupture utérine [8].

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

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

4-2-2-Ruptures provoquées :

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

Elles sont dues à l'accoucheur.

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

- **Usage d'ocytocique et de prostaglandines :** La responsabilité de l'accoucheur est, ici, très grande. L'emploi abusif d'ocytociques garde encore une place dans l'étiologie des ruptures utérines.

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

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

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

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

- **Faits importants à retenir :**

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

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

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

La perfusion d'ocytocique utilisée seule ou en association avec la prostaglandine est très souvent incriminée [18].

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

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

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

- **Manœuvres obstétricales**

Certaines interventions obstétricales peuvent être cause de rupture utérine.

Elles sont très variées. On distingue :

Les manœuvres obstétricales non instrumentales :

Version par manœuvres internes : elles peuvent être responsables de rupture utérine surtout dans ces deux derniers temps :

- au cours de la mutation du fœtus, quand la tête franchit l'anneau de rétraction. La version devient tout à coup trop aisée ; méfiez-vous, dit-on, des versions trop faciles ;
- moins souvent au cours de l'extraction, lorsqu'elle est faite avant la dilation complète. La rupture segmentaire résulte alors d'une propagation de la déchirure cervicale.

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

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

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

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

Les manœuvres obstétricales instrumentales :

Deux faits sont le plus souvent associés :

- la mauvaise indication ;
- la présence de l'instrument qui, lui-même, peut léser l'utérus. Le forceps : le segment inférieur peut être déchiré par une cuillère de forceps introduit brutalement.

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

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

Les normes modernes d'application du forceps sont :

La présentation du sommet,

La tête fœtale qui est engagée,

Les membranes de l'œuf doivent être rompues,

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

La protection du périnée par épisiotomie,

Le sondage vésical.

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

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

Elles doivent être exécutées par un spécialiste.

4- 2-3- Causes diverses

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

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

Des complications dramatiques liées à l'utilisation abusive de la cocaïne durant la grossesse ont été rapportées aux USA.

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

Les facteurs étiologiques usuels sont : la multiparité, la cicatrice utérine, la dystocie mécanique, l'usage d'ocytocique et les manœuvres obstétricales [9].

G-TRAITEMENT : [12]

Il comprend deux volets

1- Prophylaxie :

Le traitement prophylactique est essentiel.

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

Il faut :

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

Il ne faut pas :

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

2- Traitement curatif :

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

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

2-1- Traitement chirurgical :

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

Le geste chirurgical tient compte :

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

Après cœliotomie, deux opérations sont possibles.

2 .1.1- L'hystérectomie :

Elle est encore aujourd'hui indiquée, lorsque la rupture est importante, compliquée par des lésions de voisinage ; chaque fois qu'elle est contuse, irrégulière, étendue, accompagnée de lésions vasculaires, quand elle date de plus de 6 heures, ou encore si, même moins grave, elle survient chez une multipare relativement âgée [17].

Autant que possible, les ovaires sont conservés.

2.1.2- L'hystérorraphie :

C'est une technique chirurgicale conservatrice qui consiste à suturer l'utérus. Cette opération conservatrice, dont les avantages sont considérables chez une jeune femme, doit être techniquement réalisable quand la section utérine n'est pas trop étendue, non compliquée de lésion voisine. Interviennent aussi dans la décision, l'âge de la femme, le nombre de grossesses antérieures (enfant vivant), son état général, le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire, l'infection potentielle.

2.1.3- La ligature des trompes :

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

La stérilisation tubaire est faite parfois :

Chez les grandes multipares et/ou, Devant les lésions importantes.

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

2.1.4- Autres gestes :

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

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

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

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

2-2- Traitement de choc :

Il est entrepris dès la rupture reconnue. On ne saurait trop insister sur la fragilité de ses malades.

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

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

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

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

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

La réanimation : [12]

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

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

Certaines circonstances obligent à des perfusions massives et rapides. IL faut alors recourir à plusieurs voies veineuses, au besoin après dénudation. D'autres substances, que le sang peut être employé. Mieux vaut alors utiliser des produits à grosses molécules se maintenant en circulation : plasma, produits synthétiques (plasmion).

Les solutés cristalloïdes, salés ou sucrés ne se maintiennent pas en circulation

Tous ces produits doivent être considérés comme des moyens d'urgence, ils peuvent parfois suffire.

Ils permettent en tout cas de gagner le temps nécessaire à la mise en œuvre de la transfusion, indiquée en cas de persistance ou de récurrence de choc.

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

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

2-3- Traitement anti-infectieux :

Les antibiotiques seront administrés à fortes doses par voie parentérale à titre préventif pendant plusieurs jours jusqu'à stabilisation de la température à la normale.
[19]

3- Pronostic maternel :

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

3-1- Mortalité maternelle :

La femme peut mourir dans les heures qui suivent la rupture d'hémorragie et surtout de choc.

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

3-2- Morbidité maternelle :

Elle est représentée par l'abcès pariétal, la péritonite, L'endométrite, La septicémie, la Fistules vésico-vaginales

H-PRONOSTIC FŒTAL:

L'aspect le plus dramatique de la rupture utérine est son caractère foeticide. Dans les ruptures spontanées, le pronostic fœtal est encore plus mauvais.

Le fœtus a succombé pendant la période de rétraction utérine, ou meurt après la rupture.

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

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

Troubles cérébro-moteurs,

Retard intellectuel. [12]

I- Attitude prophylactique :

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

1.1 La prévention des ruptures d'utérus sain

Elle 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 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 ;
- des consultations prénatales de meilleure qualité afin de dépister les grossesses à risque et les référer à temps ;
- Le remplissage correct des partogrammes et la référence aux parturientes dès que la zone d'alerte est franchie ;
- La bonne conduite de l'épreuve de travail et son arrêt au moment opportun.
- La promotion du planning familial.

Tous les accoucheurs doivent avoir à l'esprit cette assertion qui dit : « le soleil ne doit jamais se coucher deux fois sur le même travail » [20]

1.2 La prévention des ruptures d'utérus cicatriciel :

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

1.2.1 La césarienne systématique :

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

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

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

1.2.2 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 utérine systématique s'impose après l'accouchement.

1.3 Cas particulier des ruptures provoquées :

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

-Le respect strict des indications et des contre-indications des manœuvres obstétricales.

-Faire une révision utérine systématique après toutes manœuvres obstétricales laborieuses.

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

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans l'unité de gyneco-obstétrique du Centre de santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako.

2- Type d'étude

- Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive dans l'unité de Gynécologie Obstétrique du CSRéf de la commune VI du District de Bamako.

3- La période d'étude :

- L'étude s'est déroulée du 01 Janvier 2019 au 31 Décembre 2021, soit 24 mois.

4- Population d'étude :

- L'étude a porté sur toutes les patientes admises pour travail d'accouchements ou dans le post partum immédiat dans l'unité de Gynécologie Obstétrique du CSRéf CVI du district de Bamako durant la période d'étude et ayant fait une rupture utérine.

5- Echantillonnage :

L'échantillon a été exhaustif et constitué de toutes les ruptures utérines.

5.1- Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude, tous les cas de ruptures utérines (89).

5.2 - Critères de non inclusion : N'ont pas été inclus dans cette étude

- Les patientes n'ayant pas bénéficié de prise en charge dans l'unité pour rupture utérine,
- Les patientes ayant bénéficié de prise en charge dans l'unité pour rupture utérine en dehors de la période d'étude.

6- Collecte des données :

6.1- Supports :

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête remplie à partir de:

- Dossiers obstétricaux ;
- Registres d'admission en salle de naissance ;
- Registres d'accouchements ;
- Registres de références/évacuations reçues,
- Registres de césariennes ;
- Registres de compte rendu opératoire ;
- Registres de référence de nouveau-né ;
- Registres de décès maternels ;
- Registres de décès périnataux ;
- Registres d'hémorragie du post partum ;
- Registres de transfusion.

6.2- Technique de collecte des données

La collecte des données a été faite par la lecture des documents suscités, par consignation des informations sur la fiche d'enquête.

7- Variables d'étude : Les variables à étudier ont été

7.1 Variables qualitatives

- La profession de la patiente ;
- Le niveau d'instruction ;
- L'état matrimonial ;
- les antécédents ;
- Le mode d'admission ;
- La réalisation de CPN ;
- Auteurs des CPN ;
- Mode d'entrée en travail ;
- Type de présentation ;
- Type de bassin ;
- Contexte de survenue de la rupture utérine ;
- Le lieu de déroulement du travail ;
- L'utilisation d'ocytocine ;
- La voie d'accouchement ;
- Type de rupture utérine ;
- Nature de la rupture utérine ;
- Siège de la rupture utérine ;
- Période de découverte de rupture utérine ;
- Les lésions associées ;
- La voie d'accouchement ;
- Type d'intervention chirurgicale ;
- La transfusion ;
- Suites opératoires ;
- L'état du fœtus ;

- Malformation fœtale.

✓ **Variables quantitatives**

- L'âge maternel ;
- L'âge gestationnel ;
- L'intervalle inter gènesique ;
- La hauteur utérine ;
- Le nombre de contractions utérines en 10 mn ;
- La hauteur de la présentation ;
- La durée du travail ;
- Le nombre de fœtus ;
- Le score d'Apgar ;
- Le poids de naissance ;

8- Analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel epi info, version 7.2.2.6, du CDC ,d'Atlanta et de l'OMS.

9- Aspect éthique :

Les résultats ont été collectés sur l'anonymat, alors personne ne pourra connaître exactement l'identité des patientes.

10- Définitions opérationnelles :

- **Rupture utérine** : solution de continuité non chirurgicale de la paroi de l'utérus gravide.
- **Primigeste** : 1ère grossesse
- **Pauci geste** : 2 à 3 grossesses
- **Multi geste** : 4 à 5 grossesses
- **Grande multi geste** : ≥ 6 grossesses

- **Primipare** : 1er accouchement
- **Pauci pare** : 2 à 3 accouchements
- **Multipare** : 4 à 5 accouchements
- **Grande multipare** : ≥ 6 accouchements
- **Hystérorraphie**: Suture de l'utérus.
- **Hystérectomie** : Ablation partielle ou totale de l'utérus.
- **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.
- **Césarienne prophylactique** : Césarienne programmée, lors des CPN et faite avant le début du travail d'accouchement.
- **Césarienne en urgence** : Césarienne réalisée pendant le travail d'accouchement ou chez une gestante non en travail, dans un contexte d'urgence obstétrical (pré éclampsie sévère, placenta prævia hémorragique non en travail).
- **Etat de mort apparent** : Score d'Apgar allant de 1 à 3.
- **Apgar morbide** : Nouveau-né ayant un score d'Apgar à la 1ère minute entre 4 et 7.
- **Pronostic materno-foetal** : Issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en terme de mortalité et de morbidité.
- **Mortalité périnatale** : Elle regroupe la MFIU et la mort néonatale précoce.
- **Mortalité néonatale précoce** : Elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 6ème jour de vie.
- - **Facteurs de risques** : « toute caractéristique ou toute circonstance déterminante, attachée à une personne ou à un groupe de personnes, et dont on sait,

qu'elle est associée à un risque anormal d'existence ou d'évolution d'un processus ou d'une exposition spéciale à un tel processus »

- - **Score infectieux** : ensemble de paramètres cotés de 0 à 2 qui permettent d'évaluer le risque infectieux en cas de césarienne ou rupture utérine.
- **Utilisation abusive d'ocytocine** : usage d'ocytocine au de la des normes requises .

RESULTATS

V.RESULTATS

1°) La Fréquence

Durant ces deux années d'étude, nous avons enregistré 89 cas de ruptures utérines pour 20864 accouchements (0,43%) soit une fréquence d'une rupture utérine pour 234 accouchements.

Tableau I: Fréquence des ruptures utérines en fonction de l'année

| Années | Accouchements | Rupture Uterine | Ru/Accouchement |
|--------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 2020 | 10485 | 49 | 1/214 |
| 2021 | 10379 | 40 | 1/259 |
| TOTAL | 20864 | 89 | 1/234 |

Tableau II: Fréquence des ruptures utérines en fonction de la voie d'accouchement.

| Voie d'accouchement | Accouchements | Ruptures utérines | RU/Accouchement |
|---------------------|---------------|-------------------|-----------------|
| Voie basse | 8765 | 42 | 1/209 |
| Césarienne | 12099 | 47 | 1/257 |
| Total | 20864 | 89 | 1/234 |

2°) Les caractéristiques sociaux économiques

Tableau III: Répartition des patientes selon l'âge

| Age | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|-----------|-------------|
| 20-25 | 16 | 18 |
| 26-31 | 42 | 47,2 |
| 32-37 | 27 | 30,3 |
| > 37 | 4 | 4,5 |
| Total | 89 | 100 |

La tranche d'âge la plus représentée a été de 26 à 31 avec une fréquence de 42 soit 47, 2 %

Tableau IV: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

| Statut matrimonial | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------|-----------|-------------|
| Mariées | 86 | 96,7 |
| Célibataires | 3 | 3,3 |
| Total | 89 | 100 |

Les femmes mariées ont représenté 86 soit 96,7% dans notre étude.

Tableau V: Répartition des patientes selon leurs ethnies

| Ethnie | Frequence | Pourcentage |
|-----------------|------------------|--------------------|
| Bambara | 29 | 32,6 |
| Bozo | 12 | 13,5 |
| Malinke | 10 | 11,2 |
| Maure | 2 | 2,3 |
| Minianka | 3 | 3,4 |
| Peulh | 18 | 20,2 |
| Sénoufo | 3 | 3,4 |
| Soninke | 10 | 11,2 |
| Sonrhai | 2 | 2,3 |
| Total | 89 | 100 |

La majorité de nos patientes étaient des bambaras avec 29 cas, soit 32,6%.

Tableau VI: Répartition des patientes selon la résidence

| Résidence | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------|------------------|--------------------|
| Baguineda | 18 | 20,2 |
| Banakabougou | 1 | 1,1 |
| Djandjiguila | 3 | 3,4 |
| Faladie | 7 | 7,9 |
| Magnambougou | 8 | 9 |
| Missabougou | 3 | 3,4 |
| Niamakoro | 8 | 9 |
| Sanakoroba | 9 | 10,1 |
| Sénou | 14 | 15,7 |
| Sogoniko | 1 | 1,1 |
| Sokorodji | 5 | 5,6 |
| Yirimadjo | 12 | 13,5 |
| Total | 89 | 100 |

Dans notre étude, 18 patientes étaient logées à Baguinéda, soit 20,2%

Tableau VII: Répartition des patientes selon la profession

| Profession des patientes | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------|-----------|-------------|
| Femmes au foyer | 54 | 60,7 |
| Elèves /étudiantes | 9 | 10,1 |
| Vendeuses | 23 | 25,9 |
| Fonctionnaires | 3 | 3,3 |
| Total | 89 | 100 |

Dans notre étude, 54 des patientes étaient des femmes au foyer, soit 60,7%.

Tableau VIII: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

| Niveau d'instruction | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| Non scolarisée | 49 | 55,1 |
| Primaire | 35 | 39,3 |
| Sécondaire | 4 | 4,5 |
| Supérieur | 1 | 1,1 |
| Total | 89 | 100 |

Au cours de notre étude, nous avons recensé 49 patientes qui n'étaient pas scolarisées, soit 55,1%.

Tableau IX: Répartition des patientes selon la profession de leurs maris

| Profession du mari | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------|------------------|--------------------|
| Chauffeur | 7 | 7,9 |
| Commerçant | 28 | 31,4 |
| Cultivateur | 8 | 9 |
| Eleveur | 15 | 16,8 |
| Ménuisier | 17 | 19,1 |
| Pêcheur | 7 | 7,9 |
| Tailleur | 7 | 7,9 |
| Total | 89 | 100 |

Au cours de notre étude, 28 patientes avaient leurs maris commerçant soit 31,4%.

Tableau X: Répartition des patientes selon la parité

| Parite | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------|------------------|--------------------|
| Primipare | 4 | 4,5 |
| Paucipare | 8 | 9 |
| Multipare | 19 | 21,3 |
| Grande multipare | 58 | 65,2 |
| Total | 89 | 100 |

Dans notre étude nous avons constaté que 58 patientes étaient des grandes multipares soit 65,2%.

3°) Les facteurs de risque

Tableau XI: Répartition des patientes selon la provenance et Rupture utérine

| Rupture utérine | Provenance | | | Total |
|-----------------|------------|----------|-------|-------|
| | Cabinet | Clinique | Cscom | |
| Non | 28 | 18 | 29 | 75 |
| Oui | 4 | 5 | 5 | 14 |
| TOTAL | 32 | 23 | 34 | 89 |

X²= 6.6495 P=0,0523

Tableau XII: Répartition des patientes selon la provenance

| Provenance | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------|------------------|--------------------|
| Cabinet | 32 | 36 |
| Clinique | 23 | 25,8 |
| Cscom | 34 | 38,2 |
| Total | 89 | 100 |

Dans notre étude, 34 patientes provenaient des cscom, soit 38,2%.

Tableau XIII: Répartition des patients selon les antécédents médicaux

| Pathologies au cours de la grossesse | Fréquence | Pourcentage |
|---|------------------|--------------------|
| HTA | 31 | 35 |
| Diabète | 27 | 30,3 |
| Asthme | 18 | 20,2 |
| Drépanocytose | 13 | 14,6 |
| Total | 89 | 100 |

Dans notre étude, 31 patientes étaient hypertendues, soit 35%.

Tableau XIV: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

| Antecedent chirurgical | Fréquence | Chirurgicaux |
|---|------------------|---------------------|
| Césarienne | 34 | 38,2 |
| Myomectomie sans effraction de la cavité utérine | 23 | 25,8 |
| Salpingectomie | 21 | 23,6 |
| Kystectomie | 11 | 12,4 |
| Total | 89 | 100 |

Dans notre étude, 34 patientes avaient été césarisées, soit 38,2%.

Tableau XV: Répartition des patientes selon les circonstances de découverte

| Circonstances de découvertes | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------------------|------------------|--------------------|
| Atonie uterine | 29 | 32,6 |
| Révision uterine | 23 | 25,8 |
| Saignement vulvaire | 32 | 36 |
| Fortuite | 5 | 5,6 |
| Total | 89 | 100 |

Au cours de notre étude, les circonstances de découverte ont été des saignements vulvaires chez 32 patientes, soit 36%.

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

| Intervalle inter genesique | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------|-----------|-------------|
| Moins de 6 mois | 6 | 6,7 |
| Entre 6 et 12 mois | 63 | 70,8 |
| Plus de 12 mois | 20 | 22,5 |
| Total | 89 | 100 |

Dans notre étude, l'intervalle inter gésésique la plus représenté était de 6 à 12 mois avec 63 patientes, soit 70,8%.

Tableau XVII: Répartition des patientes selon le nombre de CPN et Rupture utérine

| Rupture uterine | Nombre de CPN | | | | | Total |
|--------------------|---------------|-----------|----------|----------|----------|-----------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Non | 36 | 10 | 5 | 3 | 0 | 54 |
| Oui | 30 | 4 | 1 | 0 | 0 | 35 |
| TOTAL | 66 | 14 | 6 | 3 | 0 | 89 |

X²= 8.6898

P=0,0693

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la qualification de l'auteur des CPN

| Qualification de l'auteur des cpn | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------------|-----------|-------------|
| Infirmière obstétricienne | 23 | 25,8 |
| Matrone | 11 | 12,4 |
| Médecin généraliste | 24 | 27 |
| Sage femme | 31 | 34,8 |
| Total | 89 | 100 |

Au cours de notre étude, nous avons trouvé que 31 patientes étaient suivies par des sages-femmes, soit 34,8%.

Tableau XIX: Répartition des patientes selon la qualification de l'auteur des CPN et Rupture utérine

| Rupture utérine | Qualification de l'auteur des cpn | | | | Total |
|-----------------|-----------------------------------|---------|----------|------------|-------|
| | Infirmiere | Matrone | Médecine | Sage femme | |
| Non | 20 | 30 | 3 | 11 | 64 |
| Oui | 9 | 14 | 0 | 2 | 25 |
| TOTAL | 29 | 44 | 3 | 13 | 89 |

$\chi^2=7,5964$

$P=0,1075$

Tableau XX: Répartition des patientes selon le lieu des CPN

| Lieu cpn | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|-----------|-------------|
| Cabinet | 25 | 28,1 |
| Clinique | 26 | 29,2 |
| Cscom | 37 | 41,6 |
| Csref | 1 | 1,1 |
| Total | 89 | 100 |

Au cours de notre étude, 37 patientes ont été suivies au cscom soit 41,6%.

Tableau XXI: Répartition des patientes selon le mode d'admission

| Mode d'admission | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------|-----------|-------------|
| Evacuées | 40 | 44,9 |
| Entrantes directes | 49 | 55,1 |
| Total | 89 | 100 |

Nous avons retrouvé 40 patientes évacuées, soit 44,9%.

Tableau XXII: Répartition des patientes selon le mode d'entrée en travail

| Mode d'entrée en travail | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------|-----------|-------------|
| Spontanément | 69 | 77,5 |
| Déclenchement | 20 | 22,5 |
| Total | 89 | 100 |

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 20 patientes qui ont été déclenchées à base de misoprostol soit 22,5%.

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon le lieu de déroulement du travail et Rupture utérine

| Rupture utérine | Déroulement du travail | | | Total |
|-----------------|------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | Cabinet | Clinique | Cscom | |
| Non | 25 | 13 | 23 | 61 |
| Oui | 17 | 1 | 10 | 28 |
| TOTAL | 42 | 14 | 33 | 89 |

X²=0,1855

P=0,4191

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon la durée du travail et Rupture utérine

| Rupture utérine | Durée du travail | | Total |
|-----------------|----------------------|---------------------|-------|
| | Moins de huit heures | Plus de huit heures | |
| Oui | 3 | 30 | 33 |
| Non | 18 | 38 | 56 |
| TOTAL | 21 | 68 | 89 |

$\chi^2=0,5795$

$P=0,4465$

Tableau XXV: Répartition des patientes selon la durée du travail

| Durée du travail | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| Inférieur à 6 heures | 4 | 4,5 |
| Entre 6 et 12 heures | 5 | 5,6 |
| Plus de 12 heures | 80 | 89,9 |
| Total | 89 | 100 |

Les patientes dont la durée du travail a excédé 12 heures ont représenté 80 cas, soit 89,9%.

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon le siège de la rupture

| Siège de la rupture | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------|------------------|--------------------|
| Segmentocorporeale | 31 | 34,8 |
| Corporeale | 28 | 31,5 |
| Segmentaire | 30 | 33,7 |
| Total | 89 | 100 |

Nous avons recensé 31 cas de ruptures segmentocorporeales , soit 34,8%.

4°) les Facteurs étiologiques

Tableau XXVII: Répartition des patients selon les manœuvres causales

| Rupture utérine suite à une manœuvre | Fréquence | Pourcentage |
|---|------------------|--------------------|
| Expression abdominale | 60 | 67,4 |
| Forceps | 18 | 20,2 |
| Vmi | 11 | 12,4 |
| Total | 89 | 100 |

Nous avons enregistré 60 cas de ruptures suite à l'expression abdominale, soit 67,4 %.

Tableau XXVIII: Répartition des patients selon la dose d'ocytociques

| Doses d' oxytociques | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| 5UI | 23 | 25,8 |
| 10UI | 20 | 22,5 |
| Plus de 10UI | 46 | 51,7 |
| Total | 89 | 100 |

Les ocytociques ont été utilisées à plus de 10UI chez 46 patientes, soit 51,7%.

Tableau XXIX: Répartition des patients selon le poids des nouveaux nés

| Poids du Nouveau-né (en gramme) | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------------|-----------|-------------|
| < 2500 | 30 | 33,7 |
| 2500 – 3999 | 37 | 41,6 |
| ≥ 4000 | 22 | 22,7 |
| Total | 89 | 100 |

Dans notre étude, nous avons enregistré 22 nouveaux né macrosomes, soit 22,7%.

Tableau XXX: Répartition des patientes selon les malformations

| Existence de malformation | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------|-----------|-------------|
| Oui | 3 | 3,4 |
| Non | 86 | 96,6 |
| Total | 89 | 100 |

Il y a eu 3 cas de malformation, soit 3,4%.

Tableau XXXI: Répartition des patientes selon le type de bassin

| Bassin | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|-----------|-------------|
| Limite | 25 | 28 |
| Normal | 42 | 47 |
| Rétreci | 22 | 25 |
| Total | 89 | 100 |

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 47 cas de bassins anormaux, soit 53%.

Tableau XXXII: Répartition des patientes selon le type de la présentation

| Présentation | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------|------------------|--------------------|
| Face | 20 | 22,5 |
| Siège | 13 | 14,6 |
| Sommet | 33 | 37,1 |
| Épaule | 23 | 25,8 |
| Total | 89 | 100 |

Les présentations dystociques ont représenté 56 cas, soit 62,9%.

5°) Le pronostique maternel et fœtal

Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon la nature des lésions per opératoire

| Complications | Fréquence | Pourcentage |
|---|-----------|-------------|
| Rupture utérine segmentaire | 30 | 34 |
| Rupture utérine corporéale et segmentaire | 31 | 34,8 |
| Atteinte vésicale | 10 | 11,2 |
| Atteinte de pédicules | 13 | 14,6 |
| Déchirures des parties molles | 5 | 5,7 |
| Total | 89 | 100 |

Dans notre étude, nous avons enregistré 13 cas d'atteinte de pédicule, soit 14,6%.

Tableau XXXIV: Répartition des patientes selon la morbidité

| Morbimortalité | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------|-----------|-------------|
| Anémie | 48 | 53,9 |
| Infection de la paroi | 28 | 31,5 |
| Décès | 13 | 14,6 |
| Total | 89 | 100 |

La complication la plus regrettable a été 13 cas de décès, soit 14,6%.

Tableau XXXV: Répartition des patientes selon les gestes chirurgicaux

| Gestes chirurgicaux | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------|-----------|-------------|
| Hystérorraphie | 47 | 52,8 |
| Hysterectomie | 15 | 16,9 |
| LRT | 12 | 13,5 |
| Réparation vésicale | 10 | 11,2 |
| Episiorraphie | 5 | 5,7 |
| TOTAL | 89 | 100 |

La technique chirurgicale la plus effectuée a été l'hystérorraphie avec 47 cas, soit 52,8%.

Tableau XXXVI: Répartition des nouveaux nés selon les APGAR

| APGAR 1 ^{ère} et 5 minute | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------------|-----------|-------------|
| 0 | 80 | 90 |
| 1 – 3 | 1 | 1,1 |
| 4 – 7 | 3 | 3,4 |
| 8 – 10 | 5 | 5,6 |
| Total | 89 | 100 |

Nous avons enregistré seulement 5 cas de nouveaux né avec un bon APGAR, soit 5,6%.

Tableau XXXVII: Répartition des patientes selon l'état des nouveaux nés

| Etat des nouveaux nés | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------|------------------|--------------------|
| Mort-né frais | 73 | 82 |
| Mort-né macérés | 7 | 7,9 |
| Vivants | 9 | 10,1 |
| Total | 89 | 100 |

Nous avons recensé 73 cas de morts né frais, soit 82%.

Tableau XXXVIII: Répartition des patientes selon l'état de l'utérus

| Rupture utérine sur l'état de l'utérus | Fréquence | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| Non Cicatriciel | 52 | 58,4 |
| Cicatriciel | 34 | 38,2 |
| Malformé | 3 | 3,4 |
| Total | 89 | 100 |

Nous avons retrouvé 34 cas d'utérus cicatriciel, soit 38,2%.

Tableau XXXIX: Répartition des patientes selon le type de la rupture

| Type de rupture | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------|-----------|-------------|
| Rupture utérine simple | 39 | 43,8 |
| Rupture utérine compliquée | 50 | 56,2 |
| Total | 89 | 100 |

Il a été retrouvé 50 cas de ruptures utérines compliquées, soit 56,2%.

Tableau XL: Répartition des patientes selon le siège de la rupture

| Siège de la rupture | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------|------------------|--------------------|
| Segmentocorporeale | 31 | 34,8 |
| Corporeale | 28 | 31,5 |
| Segmentaire | 30 | 33,7 |
| Total | 89 | 100 |

Nous avons enregistré 31 cas de ruptures segmentocorporeales, soit 34,8%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Méthodologie : Notre étude est rétrospective et descriptive réalisée dans l'unité de Gynécologie Obstétrique du CSRef de la commune VI du District de Bamako sur une période de 24 mois a permis d'obtenir des résultats suivants.

6.1 Fréquence

Pendant la période d'étude, nous avons colligé 89 cas de ruptures utérines sur 20864 accouchements (0,43%), soit une fréquence d'une rupture utérine pour 234 accouchements. Parmi les 89 cas de ruptures utérines nous avons enregistré 34 cas sur utérus cicatriciel soit 38,2 %.

Koita R [7] en 2017 Traoré Y [21] et avait trouvé respectivement 0,18% et 1,3%. Dans nos pays en développement, les chiffres varient de 0,6% à 2,33% [21], [22]. Certains auteurs expliquent ce taux élevé par la difficulté d'accès aux soins [23], [23] tandis que d'autres le rattache au fait que les pays en développement, en particulier l'Afrique Sub-saharienne, est sous-médicalisée[24].

Nous constatons que la fréquence de cette pathologie varie d'un pays à un autre et dans le même pays d'une structure de santé à une autre :

- Gueye L[25]au Sénégal 1/172 (0,58%) ; 2016.
- Kabibo S[26]au Bénin 1/135 (0,70%) ; 2015.
- [Astatikie G](#) [27]en Ethiopie 1/41 (2,44%); 2012.
- Amate P.[28]En Algérie 1/763 (0,128%) ; 2014.
- Diakite Y. [9]Au Mali 1/268(0,37%) ; 2012.

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 risques :

-la maîtrise des naissances,

-un meilleur suivi général et une surveillance compétente du travail, l'abandon des manœuvres obstétricales dangereuses.

2. Profils sociodémographiques:

- **Age**

La tranche d'âge la plus représentée de nos patientes était de 26 à 31 ans.

Cette tranche est rapportée dans la littérature Africaine [29]- [30].

La rupture utérine peut toucher toutes les tranches d'âges chez les femmes en activité génitale.

La tranche d'âge comprise entre 26 à 31 ans était la plus représentée dans notre étude avec une fréquence de 47,2%. Cette tranche d'âge a été retrouvée par la plupart des auteurs Africains : Bohoussou K. [31] en Côte d'Ivoire, Bayo A. [32] au Mali, Zhiri M.A. [33] au Maroc, N'gassa P.A. [34] au Cameroun, Traoré Y.[35] au Mali.

Par contre certains auteurs comme-Gessesew A, Mengiste MM [36] trouvent que l'âge intervient peu.

Koné M. [27] attribue ce phénomène à l'environnement socioculturel en Afrique et que les âges extrêmes de la procréation constituent les âges à risque ; c'est à dire les âges inférieurs à 15 ans et supérieurs à 35 ans.

Ahmadi S et al [37] en Tunisie avait trouvé une fréquence de rupture utérine beaucoup plus importante après 35ans, mais ils l'associent plutôt à la multiparité qui est un facteur de risque connu.

- **Niveau d'instruction**

Concernant le niveau d'instruction ;55,1 % des cas n'était pas scolarisé.

Une femme analphabète recherche moins des soins professionnels que celle alphabétisée : soit parce qu'elle est effrayée et désemparée dans le monde étranger des services de santé ; soit parce qu'elle n'est pas consciente des possibilités

offertes par les agents de santé [38]. Ceux-ci associés à l'insuffisance ou au manque de consultation prénatale sont des facteurs péjoratifs favorisant la survenue de la rupture utérine [39], [40].

- **Consultations prénatales :**

Dans notre série, un nombre relativement important de patientes n'avait pas bénéficié d'un suivi prénatal de qualité requise soit 41,6% était statistiquement suivi au cscom.

- **Antécédent :**

Les antécédents d'interventions chirurgicales portant sur l'utérus, les trompes et autres parties génitales (curetage, hystéroplastie, conisation) sont indispensables à prendre en compte. Ainsi dans notre étude :

- Il y avait 34 patientes soit 38,2% qui avaient un antécédent d'utérus cicatriciel. Drabo A [41] au MALI rapportait 24% de ruptures utérines sur utérus cicatriciel, Sidibé M. [42] au MALI 20,8% de ruptures utérines sur utérus cicatriciel,
- Nous avons enregistré 23 cas d'antécédent de myomectomie sans ouverture de cavité utérine soit 25,8% ; Sanogo A.C [43] au Mali trouvait 18% de myomectomie sans ouverture de la cavité utérine.

L'intervalle inter gésique entre 6 et 12 mois dans 70,8 %. Cet intervalle inter gésique réduit semble être un élément important contribuant à une mauvaise récupération histologique du muscle utérin, le fragilisant au fur et à mesure, favorisant ainsi la rupture utérine [38].

6.2 Facteurs de risques :

- **Mode d'admission**

- Ceci pourrait s'expliquer par une insuffisance dans la surveillance du travail d'accouchement au niveau des CSCom, l'utilisation abusive des utérotoniques et par les pratiques les manœuvres obstétricales obsolètes. La plupart de ces patientes sont référées pour échec de tentative d'accouchement par voie basse (39,5%), les autres pour présentation vicieuse (27,9%), souffrance fœtale aiguë (20,9%), cinq patientes soit 11,6% des cas étaient évacuées pour hémorragie du post partum.

Elles arrivaient dans l'unité le plus souvent dans un tableau de rupture utérine déjà constituée. L'étude multicentrique menée par Cazenave [44] est à cet égard, éloquent : 84 % des femmes avec une rupture utérine avaient fait l'objet d'une évacuation de brousse après un travail prolongé. Hodonou [45], lui révèle aussi que 35,15 % des ruptures utérines ont lieu pendant le trajet d'évacuation.

- **Mode d'entrée en travail**

Le travail d'accouchement a été déclenché chez 22,5% sur des grossesses pathologiques.

Notre étude nous a permis de conclure que l'utilisation de prostaglandine dans le cadre du déclenchement du travail augmente 6,34 fois le risque de rupture utérine. Rajanonarison [46] avait trouvé 19,35% de déclenchement. Comme les prostaglandines sont contre-indiquées en cas d'utérus cicatriciel du fait de l'augmentation connue du risque de rupture utérine [47] [48], nous pouvons en déduire que le risque significatif retrouvé dans cette étude (RU après utilisation de prostaglandine) concerne les utérus non cicatriciels.

Les analogues de la prostaglandine (Misoprostol) sont les médicaments utilisés dans notre unité pour l'induction du travail.

**Les ruptures utérines : Aspect épidémioclinique et pronostic materno-fœtal au centre de santé de référence de
la commune VI du district de Bamako.**

- **Anomalies du travail d'accouchement**

Le poids de naissance des enfants

Les nouveau-nés ayant un poids de naissance supérieur à 4000g étaient plus nombreux chez les patientes ayant eu une rupture utérine (24,7%). Le résultat de Rajaonarison et al [46] était de (19,36%) de poids de naissance supérieur à 4000 g. Les auteurs comme Guyot A et al [49] ainsi que Zelop et al [50] n'avaient pas retrouvé de différence significative de taux de ruptures utérines selon les poids de naissance des enfants inférieurs ou supérieurs à 4 000g.

En revanche, Elkousy et al [51] rapporte une augmentation du taux de ruptures utérines chez des femmes porteuses d'utérus cicatriciel avec un enfant de poids normal.

6.3 Facteurs étiologiques

Dans la littérature les facteurs étiologiques de la rupture utérine sont bien connus [15]. Ils ont été retrouvés dans notre étude pour certains :

- **Utérus cicatriciel**

Les patientes ayant une cicatrice utérine étaient moins nombreuses. Pour les cicatrices utérines il s'agissait surtout des cicatrices de césariennes avec une fréquence de 38,2%.

A part la cicatrice utérine de césarienne d'autres types de cicatrices peuvent être incriminées :

Les cicatrices de rupture utérine, les cicatrices gynécologiques (myoméctomie, résection cornuale, anastomose isthmo-utérine, résection de cloison sur utérus cloisonné). Nous avons eu 25,8% de myomectomie sans ouverture de la cavité utérine.

- **Causes iatrogènes**

La rupture utérine peut être spontanée ou provoquée. Elles surviennent lors de l'usage abusif des utérotoniques, des manœuvres obstétricales. Nous avons recensé 46 cas d'utilisation abusive d'ocytocine dans notre étude, soit 51,7%. La notion d'expression abdominale a été retrouvée chez 60 cas, soit 67,4%.

- **Dystocies du travail**

La rupture utérine peut être également spontanée. Les dystocies du travail peuvent être à l'origine d'une rupture utérine. Dans notre étude, nous avons trouvé 78 cas de dystocies. La dystocie mécanique était plus fréquente dans cette étude. Nous avons relevé 47 anomalies du bassin (53%). Les présentations vicieuses représentaient 62,9%. La prédominance des causes mécaniques est commune aux pays en développement en raison du manque d'assiduité des patientes aux rendez-vous de suivi, au non dépistage de ces anomalies par les prestataires des soins et aux problèmes d'accès aux centres chirurgicaux lié à l'infrastructure routière [52], [53].

La consultation prénatale du 3^{ème} trimestre, en particulier celle du 8^{ème} mois, devrait en effet permettre de dépister les anomalies mécaniques susceptibles d'entraver l'accouchement et de prévoir ainsi les modalités d'accouchement [22], [54].

La grossesse gémellaire, à cause de la surdistension utérine qu'elle engendre peut exposer la patiente à une rupture utérine. Nous avons eu 7 cas (7,87%) dans notre étude. Rajaonarison [46] avait rapporté 3,23% de rupture utérine sur grossesse gémellaire.

6.4 Pronostic materno fœtal

6.4.1 Pronostic maternel

Les lésions associées aux ruptures utérines étaient fréquentes et variées. Elles étaient dominées par rupture de pédicule vasculaire dans 14,6% des cas dans notre étude.

Les autres lésions associées dans notre étude étaient celles, de la vessie (11,2%), des déchirures des parties molles (5,7 %) et 7,1% de lésions multiples (association d'au moins deux de ces lésions : Atteinte du pédicule vasculaire, hématome du ligament large, atteinte du col de l'utérus, atteinte du colon descendant et du sigmoïde).

Nous avons observé un taux de morbidité maternelle de 85,4 %. Cette morbidité se répartissait comme suit : l'anémie 53,9%, les complications infectieuses 31,5%. Dembélé B T [55] avait rapporté 26,5% de suppuration pariétale.

Dans notre étude, l'anémie représentait la principale complication post opératoire.

Nous avons enregistré 13 décès maternel soit 14,6% durant notre étude. Il a été rapporté que le taux de décès maternel est compris entre 2 et 20% dans les pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne [24].

6.4.2 Pronostic fœtal

La rupture utérine constitue un facteur de morbidité et de mortalité fœtale importante. Elle résulte de la souffrance fœtale aiguë liée à l'arrêt de la circulation utéroplacentaire. Le taux de décès périnatal dans notre étude était de 90% dont 16 macérés 18%

Le taux de mortalité fœtale varie entre 45 et 90% dans les pays sous-médicalisés, pour l'Occident il est nul en cas de déhiscences, et aux environs de 30% pour les ruptures utérines graves [24]. Le pronostic fœtal est sombre en cas de rupture utérine, surtout sur utérus sain. Il est jugé meilleur lorsqu'il s'agit de rupture utérine

sur utérus cicatriciel. Le fœtus paye un lourd tribut à la rupture utérine [24]. Le caractère fœticide des ruptures utérines avaient été rapporté par de nombreux auteurs [22], [23], [45]. Parmi les nouveau-nés vivants, 5 avaient un bon score d'Apgar à la 5^{ème} minute (5,6%). Le score d'Apgar à la cinquième minute témoigne l'existence de souffrance périnatale [56] mais selon certains auteurs, cet indice a une mauvaise sensibilité pour prédire le développement de l'enfant [57]. Les nouveau-nés ayant survécu sont issus : de ruptures utérines sous séreuses, le fœtus étant encore intra-utérin et le placenta non décollé. Ces nouveau-nés étaient au nombre de 9 soit 10,1%

L'absence de rétraction utérine et de décollement placentaire font que le fœtus resté dans la cavité amniotique est le plus souvent vivant [25]

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI -CONCLUSION

La rupture utérine est l'une des complications les plus dramatiques du travail d'accouchement. Elle compromet directement la vie fœtale et maternelle. C'est une urgence chirurgicale.

Dans notre étude, les grandes multipares étaient les plus affectées.

Les cicatrices de césariennes, la dystocie mécanique, l'usage abusif des ocytociques et le déclenchement artificiel du travail étaient les principales causes de rupture utérine.

La prise en charge précoce a permis de réduire considérablement la mortalité et la morbidité materno fœtale liées à cette complication de l'accouchement.

RECOMMANDATIONS :

A l'endroit des communautés de la commune VI

- Fréquenter des consultations prénatales et ce dès le début de la grossesse ;
- Eviter les retards dans les recours aux soins ;
- Accoucher dans les structures médicalisée et
- Participer aux dons volontaires de sang.

A l'endroit des agents sociosanitaires de la commune VI :

- Respecter les politiques, normes et procédures en matière de santé de la reproduction ;
- Intensifier la Communication pour le Changement de Comportement à l'endroit des communautés en l'occurrence sur les risques liés à l'accouchement à domicile, les pratiques traditionnelles néfastes ;
- Organiser les services de santé pour un meilleur accueil et prise en charge des patientes ;
- Faire des consultations prénatales de qualité (CPN recentrées) ;
- Utiliser correctement le partogramme dans la surveillance du travail d'accouchement ;
- Analyser et interpréter correctement les anomalies du partogramme en vue d'une référence à temps ;
- Préconiser l'accouchement sur utérus cicatriciel dans les structures disposant de blocs opératoires fonctionnels et
- Intensifier la surveillance du travail d'accouchement sur utérus cicatriciel.

A l'endroit des autorités administratives du CSRéf de la CVI :

- Mettre en place un plateau technique adéquat dans unité de réanimation au centre de la commune VI ;
- Equiper le service de gynéco-obstétrique de plusieurs cardiotocographes ;
- Assurer le recyclage des agents de santé qui sont au niveau des CSCom ;
- Réaliser des supervisions formatives internes ;
- Réaliser des supervisions formatives en direction des structures privées, communautaires et paracliniques ;
- Prévoir des audits en cas de publication obstétricale ;
- Créer un cadre de concertation dans le cadre de la référence/ évacuation avec le district de kati.

A l'endroit du ministère de la santé

- Envisager la construction d'un nouveau CSRéf en CVI ;
- Revoir le découpage administratif des quartiers de la CVI et ceux de Kati et
- Mettre en place une banque de sang.

REFERENCES

VI. REFERENCES :

- 1- **Merger R**, Précis d'obstétrique, 6ème édition . Paris :Masson ; 1995. p597 .
- 2- **DU JARDIN B. VANBALEN H.** L'initiative pour une maternité sans risque: quelles perspectives J. Gynécol. Obstét. Biol.-Reprod.1991 ; 20397-405.
3. **Traore Y, Teguede I, Mounkoro N, Traore Dicko F, Thera A, Dolo A et al :** rupture utérine en milieu rural Malien : université de Bamako 2009.
4. **Zwart JJ, Richters JM, Ory F, de Vries JI, Bloemenkamps KW van Roosmalen J.** Uterine rupture in the Netherlands: a nationwide population-based cohort study. GJOG 2009; 116:10689-78.
5. **Fitzpatrick KE, Kurinczuk JJ, Alfirevic Z, Spark P, Brocklehurst P, Knight M.** Uterine rupture by intended mode of the delivery in the UK: a national case-control study. 2012:1001-18.
6. **L.GUEYE, M.THIAM, M.M NIANG, F.RSARR,P.A BA,S.MAHAMAT M.L CISSE,J.C MOREAU .** Ruptures utérines à l'hôpital régional de Thiès au Sénégal Journal de la SAGO ;2016.
7. **Koita R.** Rupture utérine au CSRef de la commune V : thèse de médecine Bamako(Mali) ; 2017.
8. **GORO M.** Hystérectomies au service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako(Mali) : thèse de Med 2015.
9. **Diakité Y.** Rupture utérine au centre de santé de référence de la commune V : thèse de médecine Bamako(Mali) ;2011.
10. **Camara S N, Maiga B, Sima M .** Problématique de la rupture utérine dans le service Gynécologie Obstétrique au CHU point :Thèse de médecine Bamako,(Mali) ; 2014.

11-El Mansouri A. Les accouchements sur utérus cicatriciel : à propos de 150 cas. Rev fr gynecol obstet. 1994 ; 606 -12.

12- A K Diabaté: Rupture utérine a l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes : Thèse de médecine Bamako(Mali) ;2007.

13-M COSSON, PH DUFOUR, M NAYAMA, D VINATIER,j monnier. Pronostic obstetrical.reprod. 1995 ;344-39.

14-SOLTAN M. H KHASHOGGIT .Pregnancy following rupture of the pregnant uterus .intern at journal of gynecia and obstetric 1996; 523-42

15-CHEN YU. Analyse clinique de 126 cas de rupture utérine observée au niveau de l'Hôpital régional de Sikasso. Mali Médical 1998 ; VIII, N°3-4: 31-33.

16-CHAMISO B. Ruptures of pregnant uterus in Shashemene general hospital, south, shoat, Ethiopia (a three year study of 5 cases Ethiopian) Medical journal .1995 Oct 4;347 :325-7.

17- F COULIBALY . Etude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako, à propos de 25 études cliniques. Thèse de Médecine Bamako(Mali); 1995.

18-ASTARRITADC, FELDMANB. Seat belt placement resulting in uterine rupture journal of trauma. 1997 Apr 4; 425: 738-40.

19- F KONARE. Rupture utérine à l'Hôpital de Sominé DOLO de Mopti : Thèse de médecine Bamako(Mali) 2008.

20-KVS TETE ED, DJAHOTO KF FLAGO, AKPADZA K, S BAETA, AKS HODONOU . Les ruptures utérines au CHU de Tokoin-Lomé : à propos de 56 cas colligés de janvier à décembre 1994, Rev.Fr Gynéco Obstét. 1996;209 : 191-12.

21-Traore Y, Tegueté I, Dicko F T, Diallo A, Djire M Y, Traore B, Dolo A, et al . accouchement dans un contexte d'utérus cicatriciel au CHU GT de janvier2007 à Décembre 2008 : modalités et complications. Médecine d'Afrique noire 2012 ; N011, vol 59 : 511-15.

22- Cisse CT, Faye EO, De Bernis L, Diadhiou F. Rupture utérine au Sénégal : épidémiologie et qualité de la prise en charge. Méd Trop 2002 ;62 : 619-22.

23-Randriambelomanana JA, Botolahy ZA, Harimiandatsoa T, Heriniaina SA, Rakotoarijaona A, AndrianampanalinarivoHR. Ruptures utérines : Étude de 57 cas vus au Centre Hospitalier Universitaire de Toamasina Madagascar. RevAnesth- RéanimMédUrg 2010; 2(3):184-26.

24- Kouakou P, Djanhan J, Doumbia Y, Djanhan L, Ouattara M. Rupture uterine : aspects épidémiologiques et pronostic foetomaternel à la maternité du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire). Rev CAMES 2007 ; 05 : 287-91.

25- Mamourou K. Rupture utérine au cours de la grossesse. EncyclMédChir Obstétrique Elsevier, Paris, 2009 . p 11.

26- Gueye L, Thiam M, Niang M M, Sarr F R, Ba P A, Mahamat S, Cisse M L, Moreau J C.Ruptures utérines à l'hôpital regional de THIES (SENEGAL)Journal de la SAGO ; 2016.

27-Kabibo S, Sambo B A, Tchaou B A, Sidi R, Denakpo J, Lokossou A, Perrin R X.Les ruptures utérines à l'hôpital de référence de PARAKOU (BENIN) : Aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques.Faculté de Médecine, Université de Parakou (Bénin).European Scientific Journal August 2015 édition vol.11, N°.24 ISSN : 1857 – 7881 (Print) e – ISSN 1857 – 7431.

- 28- Koné M et Diarra S** : Les ruptures utérines au cours de la grossesse, Encyclmed. Chir (Paris – France. Obstétrique 1995, N 4).5 080-A-10 -78.
- 29- Amate P, Seror J, Aflak N, Luton D.** Rupture utérine pendant la grossesse. EMC – Obstétrique, 9(4) :1-10 [Article 5-080-A-10].
- 30- Vangeenderhuysen C, Suidi A.** Rupture utérine sur utérus gravide : étude d’une série continue de 63 cas à la maternité de Niamey (Niger). Med Trop 2002 ;62: 615-18.
- 31-Padhye SM.** Rupture of the pregnant uterus. A 20 years review. Kathmandu Univ Med J 2005;3(3):234-38.
- 32- Bohoussou K, Houphouet KB, Anoma M, Sangaret M A** : Ruptures utérines au cours du travail. A propos de 128 cas, Afr.Med. 1978, 17, (162), 467-478.
- 33-Bayo A .** Les ruptures utérines à propos de 58 cas recensés à l’hôpital Gabriel Touré.Thèse de Médecine, Bamako(Mali), 1991.
- 34-Zhiri Ma, Ader Dour M et Zaher N .**Etude comparative de 2 séries de ruptures utérines colligées au CHU-AVERROES de Casablanca de 1979 à 1981 et de 1984 à 1986. J. Gynécol.Obstét. Biol.Réprod. 1989, 18,206-12.
- 35- Ngassa PC, Shasha W, Kouam L, Doh AS et Kamdommoyo J .** Les ruptures utérines au CHU de Yaoundé (Cameroun), une étude rétrospective sur 10 ans. 3^{ème} congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d’obstétrique. Volume des Résumés ;1994.
- 36-Traore 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(Mali), 1996.
- 37-Gessessew A, Mengiste MM.** Ruptured uterus Eight year retrospective analysis of causes and management outcome in Adigrat Hospital, Tigray region. Ethiop J Health Dev 2002;16 (3):241-45.

38- Ahmadi S, Nouira M, Bibi M, Boughuizane S, Saidi H, Chaib A, et al. Rupture utérine sur uterus sain gravide. A propos de 28 cas. *GynecolObstetFertil* 2003;31:713-17.

39-Sanogo F, Traoré M, Mounkoro N. Pronostic materno fœtal des ruptures utérines au CHU Gabriel Touré à propos de 44 cas. Mémoire de médecine, Diplôme d'Etude Spécialisée (D E S) en Gynécologie et Obstétrique, 2018.

40-Guena M N, Alaphaf, Tiodjio S K, Nganyoui P, Houmtie CNN, Nana A N et al. Non Laboring Uterine Rupture of an Unscarred Uterus before Term DiscoverduringObstetricUltrasoun(Cameroon). *Medicine*. Vol.07 No.01(2018), ArticleID:81818,8.Pages10.4236/crcm.2018.71004.Received:December2,2017; Accepted: January 15, 2018; Published: January 18, 2018.

41-Ouedraogo C Mr, Bouvier-Colle.H. Mortalité maternelle en Afrique de l'ouest : comment, combien et pourquoi ? *J GynecolObstetBiolReprod*. 2002 ; 31 : 80-89

42- Drabo A . Les ruptures utérines à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti : facteurs influençant le pronostic materno fœtal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas. Thèse de Médecine Bamako(Mali) ; 2000.

43- SIDIBE M. Ruptures utérines : expérience d'une structure de deuxième référence au service de Gynéco Obstétrique de l'hôpital de Sikasso , thèse de médecine Bamako(Mali) ; 2000.

44- Astatikie G, Limenih M A, Kebede M. Maternal and fetal outcomes of uterine rupture and factors associated with maternal death secondary to uterine rupture *Afr J Reprod Health* 2010 Jun; 14(2):55-62.

45- CazenaveJc, Breda Jy, Belier L, Nicoloso E, CourbillJ. Les ruptures utérines en Afrique Noire. Un problème toujours d'actualité. Résultats d'une

enquête rétrospective sur 453 cas dans six centres d'Afrique Noire inter-tropicale. Chirurgie 1988 ; 114 :76-82.

46-Hodonou AKS, Schmidt H et Vovor M . Les ruptures utérines en milieu Africain au CHU de Lomé à propos de 165 cas. Med. Afr, noire 1983, 30: 507-517.

47-JJC Rajaonarison et al. Madagascar Rupture utérine pendant le travail. Rev.anesth-réanim. Med urgence2014; 6(1): 8-12.

48-Shipp TD, Zelop C, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. The association of maternal age and symptomatic uterine rupture during a trial of labor after prior cesarean delivery. ObstetGynecol 2002; 99:585-88.

49- American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous cesarean delivery. ObstetGynecol 2010 ;116(2 Pt 1) :450-63.

50- Guyot A, Carbonnel M, Frey C, Pharisien I, Uzan M, Carbillon L. Rupture utérine: facteurs de risques, complications maternelles et fœtales.J GynecolObstétBiolReprod 2010; 39: 238-45.

51- Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Outcomes of trial of labor following previous cesarean delivery among women with fetuses weighting >4000g. Am J ObstetGynecol 2001;185(4):903-05.

52- Elkousy MA, Sammel M, Stevens E, Peipert JF, Macones G. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. Am J O 2003 ; 188(3) bstetGynecol: 824-30.

53-Cassagnol C, Rudigoz RC. Grossesse et utérus cicatriciel. EncyclMédChir Gynécologie/Obstétrique, Elsevier, Paris, 2003.p15.

54--El Mansouri A. Rupture utérine: 50 cas.Rev Fr Gynecol .1995 ; 90 : 208 -14.

55-El Mansouri A. Rupture utérine: 50 cas.Rev Fr Gynecol .1995 ; 90 : 208 -14.

56 référence de la commune V du district de Bamako. A propos de 114 cas de 1996 à 2001. Thèse de médecine Bamako ; 2002.

57-Fournié A, Connan L, Parant O, Lesou-Dembele BT. Etude épidémiologique, clinique et pronostique des ruptures utérines au centre de santé de **rd-Pontonnier F.** Souffrance fœtale aigue. EncyclMédChir Obstétrique Elsevier. Paris; 1999, p11.

58-Ruth VJ, Raivio KO. Perinatal brain damage: predictive value of metabolic acidosis and the Apgar score. Br Med J ;297 -24.

ANNEXES

ANNEXES

Etablissement du score infectieux et modification de l'attitude thérapeutique en fonction de la gravité de l'infection [14].

| Cotation | 0 | 1 | 2 |
|---|--|--------------------|--|
| Evacuation | Non suivi dans le service | Maternité de ville | Maternité rurale |
| Etat de la poche des eaux à l'admission | Intacte | Rompue < 12h | Rompue > 12h |
| Odeur du liquide amniotique | Non fétide [clair] | | Fétide [purulent] |
| Température à l'admission | < 38 °c | 38 °c < T < 39 °c | ≥ 39 °c |
| Degré d'anémie | Muqueuses colorées | | Muqueuses décolorées |
| Etat du segment inférieur du myomètre en per opératoire | Segment normal Utérus bien rétracté | | Segment inférieur Effiloché corps utérus mou œdémateux godet+ |

Score :

-de 0-4 césarienne classique.

- de 5-8 césariennes avec extra péritonisation de la cicatrice d'hystérotomie.

- de 9-12 hystérectomies post césarienne immédiate.

Score d'Apgar :

| Score d'Apgar | | | | | |
|---------------|---------------------|-------------|---------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Valeur | Fréquence cardiaque | Respiration | Tonus | Réactivité à la stimulation | Coloration |
| 0 | Absente | Absente | hypotonie globale | Aucune | cyanosé (bleu) / ou gris |
| 1 | < 100 | Irrégulière | flexion des membres | Grimace | acrocyanose |
| 2 | > 100 | Efficace | mouvements actifs | Vive | Rose |

Le score complet comprend normalement 3 valeurs prises successivement à 1,5 puis 10 minutes. Un score inférieur à 7 est anormal et nécessite des gestes de réanimation, un score inférieur 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.

ICNOGRAPHIE

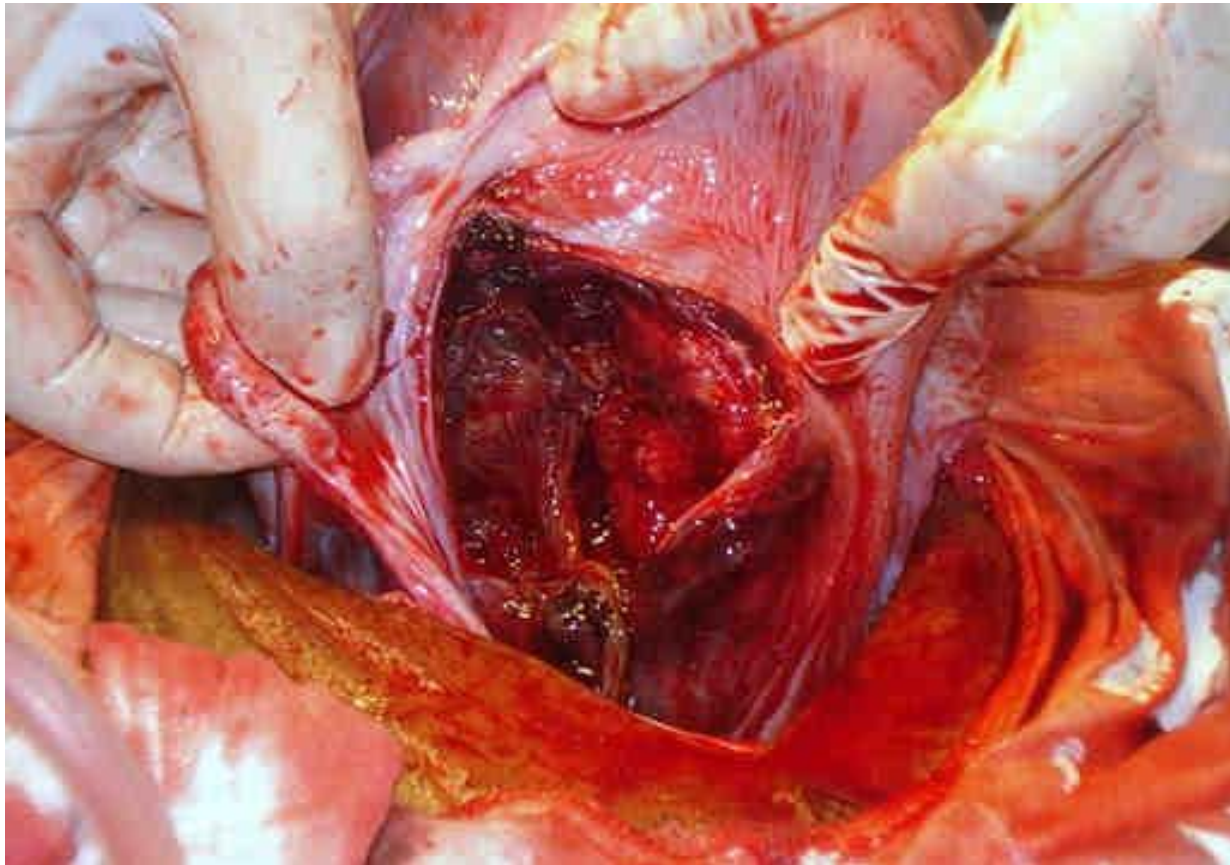
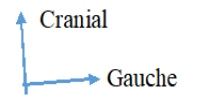


Photo 1: Rupture utérine segmentaire

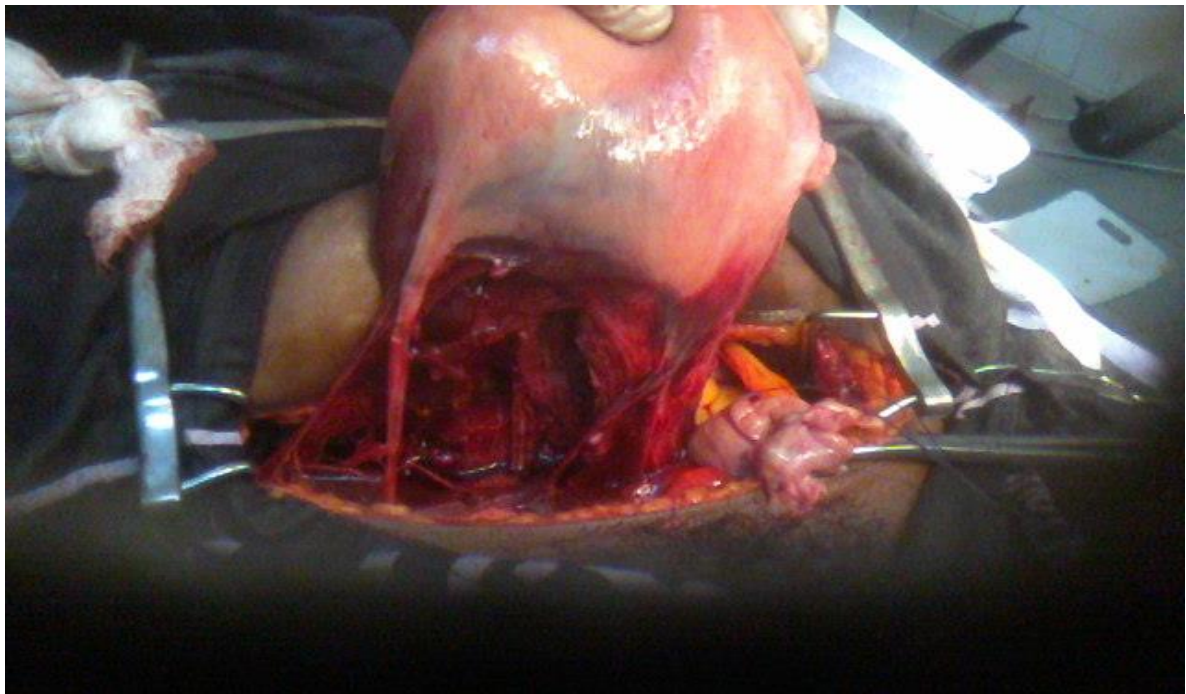


Photo 2: Rupture utérine segmentaire

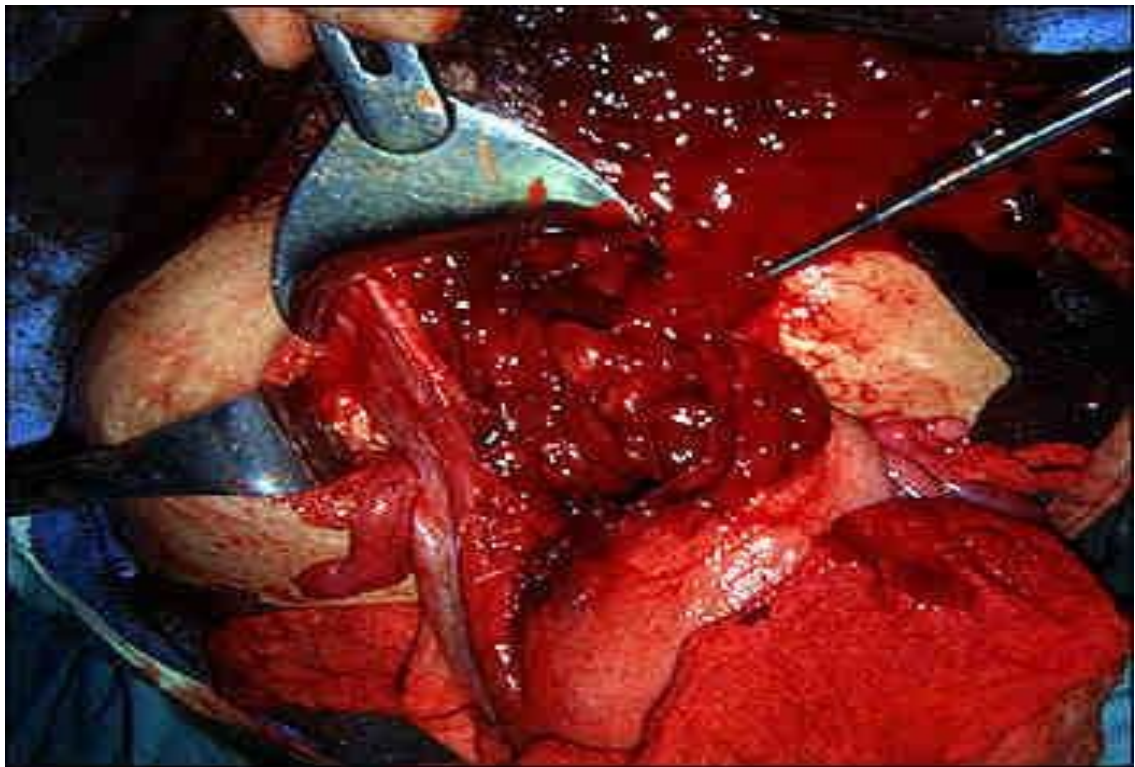


Photo 3 : Rupture utérine corporeale

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Berthé

Prénom : Fodé Kaba

Ville de soutenance : Bamako (Mali)

Tel : 73053639/63768520

Pays d'Origine : Mali

Titre de Thèse : Rupture utérine : Aspect épidémioclinique et pronostic maternofoetal au centre de sante de référence de la commune 6 (CSREF CVI) de Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie

Année Universitaire : 2021-2022

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique.

Résumé :

La rupture utérine demeure une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelles dans les pays du tiers monde, particulièrement au Mali. Etudier la rupture utérine au centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako.

Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive allant du 01 Janvier 2019 au 31 Décembre 2021, soit 24 mois au CSRef CVI du District de Bamako.

Durant ces deux années d'étude, nous avons enregistré 89 cas de ruptures utérines pour 20864 accouchements (0,43%) soit une fréquence d'une rupture utérine pour 234 accouchements.

La rupture utérine peut être spontanée ou provoquée. Elles surviennent lors de l'usage abusif des utérotoniques, des manœuvres obstétricales. Nous avons recensé

46 cas d'utilisation abusive d'ocytocine dans notre étude, soit 51,7%. La notion d'expression abdominale a été retrouvée chez 60 cas, soit 67,4%. Les dystocies du travail peuvent être à l'origine d'une rupture utérine. Dans notre étude, nous avons trouvé 78 cas de dystocies. La dystocie mécanique était plus fréquente dans cette étude. Nous avons relevé 47 anomalies du bassin (53%). Les présentations vicieuses représentaient 62,9%.

La prise en charge précoce a permis de réduire considérablement la mortalité et la morbidité materno fœtale liées à cette complication de l'accouchement.

Mots clés : Rupture utérine, pronostic, maternel, fœtus

DATA SHEET

Name: Berthe

First name: Fode Kaba

Defense city: Bamako (Mali)

Phone: 73053639/63768520

Country of Origin: Mali

Thesis title: Uterine rupture: Epidemioclinical aspect and maternal-fetal prognosis at the reference health center of commune 6 (CSREF CVI) of Bamako

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odonto-Stomatology

Academic year: 2021-2022

Sector of interest: Gynecology-obstetrics.

Summary:

Uterine rupture remains one of the main causes of maternal morbidity and mortality in Third World countries, particularly in Mali. Studying uterine rupture at the reference health center of Commune VI in the District of Bamako.

We conducted a retrospective and descriptive study from January 01, 2019 to December 31, 2021, i.e. 24 months at the CSRef CVI of the District of Bamako.

During these two years of study, we recorded 89 cases of uterine rupture for 20,864 deliveries (0.43%) or a frequency of uterine rupture for 234 deliveries.

Uterine rupture can be spontaneous or induced. They occur during the misuse of uterotonics, obstetric maneuvers. We identified 46 cases of oxytocin misuse in our study, or 51.7%. The notion of abdominal expression was found in 60 cases, i.e. 67.4%. Labor dystocia can cause uterine rupture. In our study, we found 78 cases of dystocia. Mechanical dystocia was more common in this study. We noted 47 anomalies of the pelvis (53%). Vicious presentations accounted for 62.9%.

Early management has considerably reduced mortality and maternal-fetal morbidity related to this complication of childbirth.

Keywords: Uterine rupture, prognosis, maternal, fetus

- **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!