

**MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi**



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

N°...../

***FACTEURS DE RISQUE ET PRONOSTIC
MATERNOFOETAL DE LA RUPTURE PREMATUREE
DES MEMBRANES DANS LE SERVICE DE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CENTRE DE
SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DU
DISTRICT DE BAMAKO***

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 04/04/2009

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Mlle Niériba KEITA

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

Jury

PRESIDENT :

Professeur Mamadou TRAORE

MEMBRES :

Docteur Niani Mounkoro

Docteur Youssouf TRAORE

DIRECTRICE DE THESE :

Professeur Sy Assitan SOW

DEDICACES

Je dédie cette thèse à

ALLAH LE TOUT PUISSANT (swa) qui de par sa miséricorde nous à permis d’achever cette œuvre et à son prophète MOHAMED (psl)

A mon père : Feu MAMADY KEITA

Arraché très tôt à notre plus grande affection, tu es pourtant resté dans nos cœurs comme si tu étais toujours à nos cotés. Tu incarnes pour nous l’affection pure naturelle de père courageux et tolérant. Nous ne saurons oublier cette chaleur paternelle et les mots nous manquent pour exprimer tout ce que nous ressentons sache en effet que l’honneur de ce travail te revient. Reposes en paix.

A ma mère : FATOUMATA KEITA

Ta place, il n’y a pas de mots pour l’exprimer vraiment. Tu nous as donné une éducation particulière : la rigueur, le courage, de ne jamais dépendre de quelqu'un. Tu restes pour nous la mère qui reçoit tout, écoute, sait conseiller et encourager. Saches que tu es la meilleure et sois simplement heureuse car tu le mérites après tant d’années de sacrifice. Qu’ALLAH le miséricordieux te donne longue vie à nos cotés.

REMERCIEMENTS

A mes frères : Naremba, Alou

A mes sœurs : Salimata, kamba, Oumou, Sirandou

La fraternité n'a pas de prix et reste pour nous tous un LIEN SACRE.

Vous avez été d'une dévotion sans faille. L'expression de mes sentiments de reconnaissance et de gratitude est indéfinissable.

A mon cousin : MAMADY N KEITA

Merci pour ton soutien moral et financier.

A ma tante : Feu Mme KEITA FARIMA TRAORE

Votre soutien inestimable nous a permis de nourrir le grand espoir. Repose en paix

A ma tante : Mme KONATE DIABA TRAORE

Merci pour tous

A ma tante KADIATOU KEITA

Pour tous les conseils que vous n'avez jamais cessé de nous prodiguer.

A mes neveux et nièces : Mamady Sissoko, Moussa Keita, Nassou Sissoko, Siguiba Koné, Mamady Keita dit Boua, Samber Keita, Salif Koné, Kadiatou Sissoko dite Tenin

Vous êtes tous aussi brillants les uns que les autres. Je compte, de votre part, sur un rendement meilleur à cette œuvre modeste. Vous êtes tous adorables et je vous aime très fort.

A mes cousins et cousines

A mes neveux et nièces de NIONO.

A mes belles sœurs.

A mes amis : Lassina Goïta, Mariam Traoré dite MT, Diaminatou Dembelé, Arouna Goïta, Aissata Barry, Ramata Maiga, Aminata Bah, Aminata Koné, Moussa H Maiga, Thompson Kelvin, Fatoumata kansaye, Wassa Koné, Saran Kouyaté, Kadiatou Traoré, Fatoumata Camara.

Au Dr KONE Danaya de m'avoir aidé dans mon travail

Au Dr SAMAKE Yacouba

Au Dr KONE Bokary

Au Dr TRAORE Lamine

Au Dr DIABY Moctar

Au Dr KOITA Dramane

A mes collègues internes du cabinet de consultation Motherland.

A tout le personnel du cabinet de consultation Motherland.

A mes collègues internes du service :Bintou Tangara, Aïssata Niaré, Djéneba Sow, Moussa O Konaté, Aïcha Cissé, Salimata Kané, Mamadou Diabaté, Boubacar Konaté, Jean Koné, Alassane Koné, Ibrahim Togola, Abdoulaye Niambelé, Moussa Fané, Sory I Camara, Armel N'Kouambat, Oumar Fofana, Yacouba Bagayogo, Ami Touré, Boubacar Sidibé.

A tout le personnel du csref de la commune II du District de Bamako.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Professeur Mamadou Traore

- Professeur agrégé de gynécologie-obstétrique
- Médecin chef du centre de sante de référence de la commune V du District de Bamako,
- Secrétaire général de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique (SAGO)
- Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle

C'est un grand honneur pour nous d'avoir accepter la présidence de ce jury. Vos qualités humaine et intellectuelle, votre rigueur scientifique, vos compétences et la qualité de votre enseignement font de vous un maitre de référence.

Veillez recevoir cher maitre l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Niani Mounkoro

- Spécialiste de Gynécologie et d'obstétrique au CHU Gabriel TOURE
- Maître assistant en gynécologie obstétrique à la FMPOS

Vos qualités humaines, intellectuelles et surtout votre sens élevé de responsabilité sont à nos yeux des atouts incontournables pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Nous sommes très honorés de vous compter parmi les juges de ce travail malgré vos multiples occupations.

Soyez rassuré cher maitre de notre admiration pour les qualités que vous incarnez.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Youssouf TRAORE

- Spécialiste de Gynécologie et d'obstétrique au CHU Gabriel TOURE
- Maître assistant en gynécologie obstétrique à la FMPOS

Cher maitre,

Nous sommes très honorés par votre présence dans ce jury malgré vos multiples occupations. Nous apprécions votre promptitude en acceptant de contribuer à la perfection de ce travail.

Veillez recevoir, cher maitre, l'expression de nos profonds remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Professeur Sy Assitan SOW

Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS

- Chef de service de gynécologie-obstétrique au centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako
- Présidente de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO)
- Chevalier de l'ordre national du mérite de la santé.

Cher maitre, communément appelée « *Tanti* »

Ce jour est le votre. C'est une fierté pour nous d'être compter parmi vos nombreux élèves. En plus de la science, nous avons appris les normes d'une meilleure vie sous vos ailes. Les mots manquent en pareils circonstances pour exprimer tout ce que nous ressentons pour vous. Vos précieux conseils resteront gravés sur des pierres précieuses dans notre cœur.

Merci pour tout et soyez rassurés de notre profond dévouement à suivre vos traces jour après jour.

Nous vous souhaitons longévité et santé pour la perfection de l'école malienne de gynécologie et d'obstétrique.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATION

BCF : bruit du cœur fœtal
BGR : bassin généralement rétréci
CPN : consultation prénatale
CRP : c réactive protéine
CSRef CII : centre de santé de référence de la commune II
Cu : contractions utérines
DAO : Diamine oxydase
ECBU : examen cyto bactériologique des urines
HRP : hématome retro-placentaire
IVG : interruption volontaire de grossesse
LA : liquide amniotique
OMS : organisation mondiale de la santé
PP : placenta prævia
PV : prelevement vaginal
RPM : rupture prématurée des membranes
SA : semaine d'aménorrhée
SFA : souffrance fœtale aigue

SOMMAIRE

	page
1-Introduction.....	1
2-Objectifs.....	2
3-Généralités.....	3-19
4-Methodologie.....	20-24
5-Résultats.....	25-44
6-Commentaires et Discussion.....	45-55
7-Conclusion et Recommandations.....	56-57
8-Référence.....	58-65

INTRODUCTION

La grossesse est un état physiologique particulier qui aboutit, dans la majorité des cas spontanément à un accouchement naturel. Cependant des accidents peuvent perturber l'évolution d'une grossesse et compromettre le pronostic foetal et/ou maternel. C'est le cas de la rupture prématurée des membranes qui est une rupture spontanée de l'amnios et du chorion au pôle inférieur de l'œuf et qui se produit avant tout début de travail d'accouchement [2].

Plusieurs facteurs de risques sont incriminés dans la rupture prématurée des membranes. Les plus fréquents sont : l'infection cervico-vaginale, le placenta bas inséré, l'infection urinaire, les grossesses multiples, la béance cervico-isthmique, l'hydramnios et les présentations irrégulières [2].

La rupture prématurée des membranes est une pathologie qui se rencontre dans 3-10% des grossesses et a des conséquences grave surtout chez le fœtus à cause du risque de prématurité, de procidence du cordon, d'infections.

La rupture prématurée des membranes avant le terme constitue une préoccupation majeure devant laquelle le praticien a pour but de sauver le fœtus en minimisant ou même en annulant les risques liés à la prématurité et de prévenir les complications infectieuses materno-foetales.

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

Cependant aucune étude à ce jour n'avait été portée sur les facteurs de risque et le pronostic materno-foetal dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les facteurs de risque et le pronostic materno-fœtal de la RPM dans le service de gynécologie et obstétrique du centre de sante de référence de la commune II du District de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la rupture prématurée des membranes.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes.
- Déterminer les facteurs de risque de la rupture prématurée des membranes.
- Déterminer le pronostic fœtal à très court terme.

GENERALITES

Définition :

La RPM est la rupture franche de l'amnios et du chorion se produisant avant le début du travail. C'est un accident fréquent qui s'observe entre 3 - 10% des grossesses. (MERGER)

La détresse respiratoire néonatale reste la complication la plus redoutable de ces grossesses liée à l'accouchement prématuré. On rencontre aussi l'infection néonatale. Le risque maternel est minime (chorioamniotite et l'endométrite) et parfois des accidents thrombo-emboliques.

La rupture avant le terme surtout entre 28 à 37 SA constitue une occupation majeure devant la quelle la meilleure décision à prendre et au bon moment reste difficile pour le praticien. Ce dernier ayant pour but de sauver l'enfant ou en minimisant ou même annuler les risques liés à la prématurité et de prévenir les complications infectieuses maternelles.

1. Physiologie du liquide amniotique.

1.1. Formation du liquide amniotique (LA) :

Le liquide amniotique a 3 origines :

- Origine fœtale : l'origine est surtout urinaire et épidermique surtout.
- Origine maternelle : la formation se fait par transsudation.
- Origine amniotique : le liquide amniotique est aussi sécrété par l'amnios (l'épithélium).

Le fœtus est entouré de LA et participe de ce fait à sa constitution par l'intermédiaire des sécrétions urinaires (jusqu'à 20 SA) et par l'intermédiaire des conditions mettant en communication directe, les arbres pulmonaires digestifs avec la cavité amniotique.

1.2. Le volume du liquide amniotique :

Tableau I

Volume du liquide amniotique évalué par l'index amniotique d'après Queennan JT· Lansac J [33]

Terme de grossesse (SA)	Volume moyen (ml)
7	20
10	30
12	60
14	100
16	140
20	350
25-26	670
32-36	980
40	840
42	540

1.3. Composition du liquide amniotique :

L'eau constitue 98 à 99% du liquide amniotique (LA) et les substances biologiques 1 à 2 %. Sa composition diffère selon qu'on se trouve entre 0 à 20 SA ou entre 20 à 40 semaines.

Avant 20 SA : c'est surtout une expansion du liquide extra cellulaire du fœtus liée à la perméabilité de la peau qui disparaît vers 20 SA d'après [36].

Après 20 SA : la provenance du liquide amniotique est surtout rénale. Au cours du dernier trimestre les sécrétions pulmonaires s'y associent. Il y a une augmentation de la concentration de l'urée, de la créatinine, de l'acide urique et une diminution de la concentration du glucose et de l'os molarité.

Il existe également des hormones dans le liquide amniotique dont deux sont intéressantes pour la surveillance du fœtus : l'œstriol et

l'hormone chorionique somatotrophine ou hormone lactogène placentaire.

La bilirubine permet d'évaluer la fonction hépatique. Quand au rapport lécithine sur sphingomyéline (L/S) des phospholipides, il permet d'évaluer la maturation pulmonaire [36].

L'alphafoeto–protéine est une glycoprotéine formée dans le foie et dans la vésicule biliaire.

1.4. Etude cytologique :

L'évolution de la composition du liquide amniotique permet de mettre en évidence des cellules épidermiques desquamées, des poils et des fragments de matières sébacées qui forment les grumeaux blanchâtres. On peut également observer des cellules épithéliales provenant de l'arbre urinaire foetal et du vagin lorsque le foetus est du sexe féminin.

La culture de cellule foetale permet son étude génétique. On peut dès le 3^e mois de la grossesse établir le caryotype, déterminer le sexe et identifier certaines anomalies chromosomiques éventuelles.

1.5. Les échanges :

Ils sont représentés essentiellement par l'eau et se font entre les secteurs : foetal, liquide amniotique et maternel. La quantité est environ 460ml/h et 10 à 12 litres par 24 heures.

Les constituants biochimiques foetaux sont : la bilirubine, l' ACTH, les alpha foeto-protéines. Ils permettent des dosages quantitatifs utilisables en clinique. Les constituants maternels se trouvent à des taux infimes confirmant donc la réalité très faible du passage trans-membranaire [54].

1.6. La résorption du liquide amniotique

Cette résorption se fait par 2 voies :

- La voie fœtale : par voie cutanée, le cordon ombilical et surtout par déglutition pour atteindre 800ml/24 heures. Il traverse la barrière placentaire, empreinte la circulation maternelle et pour être éliminer par les reins.
- L'épithélium amniotique : il s'agit d'un processus de résorption active pour certaines substances comme l'eau et les glucides.

Au total : la voie de résorption est soit directe à travers les membranes ovulaires, soit indirecte par l'intermédiaire du fœtus.

Le renouvellement du liquide amniotique se fait en 3 heures. Sa circulation est contrôlée par un mécanisme mal connu [36].

1.7. La régulation du liquide amniotique :

Lorsqu'il existe une anomalie fœtale entraînant un déséquilibre entre les entrées et les sorties fœtales du liquide amniotique, on constate immédiatement une variation du volume de ce dernier, soit par défaut réalisant un oligoamnios, soit par excès entraînant un hydramnios.

L'oligoamnios est toujours associé à une pathologie rénale grave entraînant une diminution voire une absence de miction (agénésie rénale syndrome de potter, reins poly kystiques congénitaux, uropathies obstructives).

L'hydramnios est souvent rencontré dans les malformations fœtales : atrésie de l'oesophage, sténose duodénale, omphalocèle, laparoschisis.

2. Physiopathologie du liquide amniotique

Le sac amniotique est constitué par 2 membranes ; l'amnios et le chorion. Le chorion est externe, l'amnios est interne.

2.1 Condition anatomique et structurale : [42]

L'amnios est une membrane de 0,2 à 0,5millimètre, d'épaisseur qui repose sur un tissu conjonctif dense très riche en collagène. Cette membrane chorioamniotique possède des propriétés dynamiques caractéristiques des membranes viscoélastiques. La zone de rupture se situe souvent juste au dessus du col (endroit fragile de nature) mais sa localisation peut être variable.

2.2 Mécanisme de la rupture : [42]

Plusieurs mécanismes sont décrits, ce qui fait la difficulté du problème. Ce sont :

a) L'augmentation des pressions internes de l'utérus (hydramnios) et externe (traumatismes).

b) Les modifications des constituants des membranes : le collagène qui a un rôle mal défini.

Cette modification entraîne un passage hydro électrolytique accru à travers les membranes provoquant une altération des propriétés visco-élastiques ; ce qui favoriserait la rupture.

c) L'infection : Au cours de laquelle les bactéries provoquent la libération des enzymes lysosomiales qui ont un effet toxique sur les membranes (en particulier l'élastase qui détruit le collagène de l'amnios). Il y a une augmentation de l'activité phospholipidique entraînant une synthèse accrue des prostaglandines et conduit au démarrage du travail. Une alcalinisation du PH vaginal qui serait inférieure à 4,5 et la libération par les cellules infectées de *tumor necrosis-factor*, d'interféron, aussi que l'interleukine 1 et 2 qui pourraient servir de marqueur précoce de l'infection materno foetale.

Dans tous les cas théoriquement la pression intra-utérine nécessaire à la rupture des membranes est de 100 mm de mercure [33].

Il y a une augmentation du taux de prolactinémie maternelle pour la perméabilité pulmonaire.

3 . Clinique

3 .1 L'interrogatoire :

Pendant cette phase, la parturiente rapporte avoir perdu les eaux de façon spontanée associée ou non à des contractions utérines douloureuses.

3 .2 Examen physique : (examen gynécologique)

3. 2 .1 -L'inspection : on a un écoulement liquidien minime ou abondant à travers l'orifice vulvaire mouillant ainsi les garnitures .On note souvent des particules de vernix caséosa ou de méconium.

La conséquence de la perte des eaux entraîne une diminution de la hauteur utérine. L'écoulement peut être aussi objectivé par certaines manœuvres.

3.2.2 La palpation : nous apprécierons :

- hauteur utérine,
- pôles fœtaux si possible,
- contractions utérines.
- signe de Bonnaire : la pression du fond utérin provoque un écoulement liquidien par la vulve.

3. 2.3 L'auscultation : nous chercherons les bruits du cœur fœtal si possible, à la recherche d'une éventuelle modification de ceux-ci

(tachycardie ou bradycardie) qui oriente vers une souffrance foetale aiguë nécessitant une prise en charge rapide et adéquate

3.2.4 L'examen au spéculum : permet de visualiser l'écoulement liquidien provenant de l'endocol (liquide amniotique).

3.2.5 Le toucher vaginal : (TV) : qui doit être pratiqué avec des précautions d'asepsie toutes particulières : une toilette vulvaire, les gants stériles.

Le toucher vaginal appréciera :

- Le col dans sa position, sa longueur, sa dilatation, sa consistance,
- La nature de présentation foetale,
- Le score de BISHOP,
- Le bassin maternel,
- Le signe de farabœuf : au toucher vaginal (TV) le refoulement discret de la présentation provoque une exacerbation de l'écoulement de LA.

En plus un examen clinique complet sera effectué et concernant les autres appareils, en appréciant l'état général, les conjonctives, la tension artérielle et surtout la température ceux-ci pouvant nous orienter vers les pathologies associées ou causales.

L'amnioscopie distingue la rupture basse de la rupture haute.

Dans notre contexte le diagnostic positif est posé essentiellement sur l'examen clinique complet se résumant à un écoulement d'apparition brutale liquidien abondant (300ml environ) qui va continuer en permanence. L'examen au spéculum et à la positivité de la manœuvre de Farabœuf permettent de confirmer le diagnostic.

4 Examens complémentaires : [29, 33,36]

Les examens complémentaires décrits dans la littérature sont nombreux

4.1 Test de cristallisation : Il est non fiable quand l'écoulement est minime ou tâché de sang.

4.2 Méthode calorimétrique : Il est basé sur la détermination du PH vaginal, mais perd sa valeur si la rupture est ancienne ou si un traitement antibiotique est déjà en cours.

4.3 Cytologie de l'écoulement : coloration de *Harrischor* (bleue de méthylène).Cet examen devient inefficace si la rupture a eu lieu vers 32 SA.

4.4 Test de fluorescence : C'est une méthode invasive

4.5 Test à la DAO (Diamine Oxydase) : Décrit en 1974 par ELMFORS est le test le plus au point actuellement.

Le liquide à tester est recueilli sur une bandelette de papier *What Mann* introduite entre deux doigts non lubrifiés dans le vagin en évitant de l'appliquer au contact direct du col. Le papier est retiré au bout d'une minute et adressé au laboratoire de biochimie qui extrait le liquide absorbé pour élution.

C'est dans cet éluât que la diamine oxydase synthétisée par le placenta dès la 20^e SA va être dosée par une méthode radio isotonique. Le résultat peut être obtenu en 24heures. Le taux de positivité est de 40 micros unités par millilitre et l'efficacité est de 90%.

4.6 Dosage de l'hormone placentaire lactogène.

4.7 Dosage immuno-enzymatique alphafeto protéine

4.8 Dosage de la prolactine

4.9 Test à la nitrazine : c'est l'étude du pH cervical par une méthode calorimétrique sur bandelette.

4.10 Test à la fibronectine: permet d'évaluer aussi le risque d'accouchement prématuré.

La plupart de ces examens complémentaires étant sophistiqués, ils coûtent chers et ne sont souvent pas disponibles dans nos laboratoires. C'est pourquoi notre bilan est essentiellement infectieux à la recherche d'étiologie (goutte épaisse, examen cytobactériologique des urines (ECBU), le prélèvement vaginal (PV).

4.11 L'échographie obstétricale : C'est la plus facile à réaliser et la plus disponible, car pouvant être faite à tout moment par rapport aux autres examens complémentaires. Elle permet d'apprécier le volume du liquide amniotique, la vitalité foetale et pour nous orienter aussi en cas de malformation foetale.

5. Diagnostic différentiel

5.1 L'Hydrorrhée :

L'écoulement est moins abondant, plus rosé. Au spéculum on objective un écoulement d'origine endo cervical, mais il existe une languette de la déciduale blanchâtre qui apparaît dans l'orifice.

5.2 L'écoulement du liquide d'une poche amniochoriale :

Il s'agit d'une poche de liquide clair entre l'amnios et le chorion, qui s'évacue d'un seul coup.

5.3 Leucorrhées abondantes :

Caractérisées par leur aspect, leur odeur et souvent avec des signes d'accompagnement tels que le prurit vulvo-vaginal, la dysurie.

5.4. L'incontinence urinaire :

La station debout et à l'effort qui expliquent la pression de l'utérus sur la vessie. L'odeur de la garniture fera le diagnostic différentiel.

6. Facteurs favorisants et étiologiques :

Dans la littérature, de nombreux facteurs de risque de rupture prématurée des membranes sont cités:

6. 1. Les facteurs personnels : [31]

- L'âge maternel : la RPM est plus fréquente chez la femme âgée.
- la parité : la RPM est aussi fréquente chez les multipares.
- Chez les femmes de bas niveau socio-économique,
- Le déficit en vitamine C [6,21].
- Les femmes présentant les maladies du collagène (le syndrome d'Hlers Danlos).
- Les femmes avec des antécédents gynéco-obstétricaux comme :
l'avortement ou accouchement prématuré, utérus cicatriciel,
- le tabagisme maternel.

6.2. Les facteurs traumatiques : Ils peuvent être:

- Iatrogènes : au cours d'une biopsie de trophoblaste, une ponction du cordon, une amniocentèse et différents gestes à visée thérapeutique (pendant un cerclage, l'amnioscopie, les touchers vaginaux répétés).
- Physiologiques : contractions utérines de Braxton Hicks, les mouvements actifs fœtaux (MAF)

6.3 Facteurs utérins : On peut citer :

- La béance cervico-isthmique : la paroi utérine au niveau de l'orifice interne du col n'est plus en contact avec les membranes de telle sorte que le seuil tensionnel de rupture diminue et aboutit à une augmentation du risque infectieux et entraîne la rupture.
- Fibrome : contribue à une rupture prématurée des membranes par une mauvaise accommodation du fœtus.

6.4 Facteurs infectieux : On a surtout l'infection urinaire qui est fréquente au troisième trimestre de la grossesse selon [52].

Les infections cervico-vaginales pourraient entraîner une chorioamniotite localisée (infection ovulaire) [38].

Les germes en cause sont Escherichia coli, streptocoque du groupe B gonocoque bactéroïdes, Trichomonas intestinales ou vaginalis, gardnerella vaginalis, uréaplasma urealyticum et hominis, chlamydia et mycoplasmes.

La grossesse comme tout état de baisse de l'immunité naturelle.

Les facteurs entraînant les infections : touchers vaginaux répétés, fil de cerclage (comme corps étranger), diabète, grossesse sur stérilet, les gestes endo- utérins. L'infection survient par voie ascendante (endo cervicale).

6.5 Les facteurs ovulaires : ils impliquent la surdistension utérine (hydramnios, grossesse multiple, macrosomie), les présentations irrégulières, le placenta praevia, l'insertion basse du cordon, des métrorragies du premier trimestre. Tous ces facteurs se ramènent à deux mécanismes.

- une anomalie localisée de la structure membranaire au niveau du site de la rupture.

- Une augmentation du tonus utérin qui fait céder les membranes à l'endroit où elles présentent une fragilisation. [36]

Autres facteurs de risque [11]

Tableau II

Les facteurs de risque de la RPM D'après **ALLEN** (1991).Entre parenthèse se trouvent les facteurs à confirmer

EVITABLES	NON EVITABLES
cervico- vaginite (x2 à x3)	Antécédents de RPM ou d'accouchement prématuré
Béance cervicale	
Tabagisme	Hémorragies après le premier trimestre
Diagnostic prénatal * choriocentèses * Amniocentèse * Cordocentèse	Pathologie placentaire . Placenta pravia . hématome retro-placentaire . insertion marginale du cordon
(Coït)	Chirurgie cervicale (x1, 9)
(Déficit en vitamine C, zinc, cuivre)	Maladie d'Ehlers-Danlos5 (83%)
(Touchers vaginaux)	Sexe fœtal masculin (1,9)

7. Conséquences de la rupture prématurée des membranes:

Dans la moitié des cas environ la rupture prématurée des membranes est sans conséquences fâcheuses car elle survient à terme et précédé de quelques heures seulement la survenue du travail. Les conséquences sont de 2 ordres : [28]

- la prématurité si on est encore loin du terme,
- l'infection, le risque d'infection est plus élevé si le délai de rupture des membranes est plus long et si une infection locale est à l'origine de la RPM.

En cas de RPM entre 24-34SA, l'âge gestationnel et l'état hémodynamique à la naissance sont les facteurs les mieux corrélés à la survenue des complications neurologiques selon MARRET H et al [34].

7.1 Les conséquences fœtales :

7.1.1 La prématurité et la détresse respiratoire d'autant moins sévère que l'accouchement se produit plus de 72 heures après la rupture. Cette diminution du taux de pathologie respiratoire s'expliquerait par le fait de l'élévation de la cortisolemie fœtale provoquée par le stress de la rupture [29].

7.1.2 L'infection : (7%) des cas,

La fréquence des infections est plus élevée si :

- la rupture se produit avant 36 SA
- la rupture est prolongée plus de 48 heures
- la rupture fait suite à une infection cervico- vaginale
- les manœuvres par voie basse sont réalisées. [33]

7.1.3 La procidence du cordon peut survenir après une RPM

7. 2 Les conséquences maternelles

La RPM constitue l'indication la plus fréquente du déclenchement artificiel du travail d'accouchement.

Les indications de césarienne dans les cas de déclenchement du travail sont représentées par : dystocie dynamique(47%) , souffrance foétale(33%).

Les infections puerpérales graves surviennent dans 20% des cas (endométrite).

Les conséquences materno- foetales sont dues à l'imminence de l'accouchement généralement quels que soient l'âge de la grossesse et le risque infectieux.

8. Le Pronostic :

8.1 Le pronostic maternel

Hormis les cas exceptionnels d'infection amniotique, le pronostic maternel est bon. La morbidité des suites de couches est plus élevée à cause des endométrites fréquentes (2,5%) [36], la synéchie utérine, la stérilité secondaire tubaire (séquelle de salpingites)

8.2 Le pronostic foetal

La mortalité périnatale liée essentiellement à la prématurité et à l'infection est augmentée atteignant 3% selon [29]. La morbidité infectieuse reste une préoccupation majeure qui influence la conduite à tenir. Nous rappellerons que l'ouverture des membranes accélère au bout d'un certain temps la maturation pulmonaire du foetus prématuré.

9. Conduite à tenir devant la rupture prématurée des membranes

9.1 Traitement préventif et prophylactique :

La prévention repose sur la suppression du tabac, sur une évaluation nutritionnelle et une supplémentation en vitamine, mais surtout sur la recherche systématique dès la 24-26 SA d'une infection vaginale à traiter rapidement [10]

9.2 Traitement curatif :

Quelque soit l'âge de la grossesse, le diagnostic de rupture des membranes impose l'hospitalisation, au cours de celle-ci sera effectué le bilan suivant et une adaptation de certaines mesures hygiéniques :

9.2.1 Mesures hygièno diététiques :

- Hospitalisation +++
- Repos au lit si possible en position de Trendelenburg
- Proscrire des touchers vaginaux intempestifs
- Préconiser le port de garnitures stériles

9.2.2 Bilan maternel :

- Dosage de protéine C réactive (CRP),
- Hémoculture, ECBU, PV, Prélèvement de l'endo col +culture
- Numération formule sanguine (NFS)

9.2.3 Bilan foetal :

- Surveillance de la vitalité foetale
- Echographie : pour la biométrie foetale, la recherche d'une malformation, la quantité de L A, l'insertion du placenta.
- NFS.

Tous ces examens doivent être faits toutes les 48 heures si possible.

- **Surveillance des éléments suivants :**

- * La température : matin et soir
- * Les bruits du cœur foetal : matin et soir, l'enregistrement du rythme cardiaque est mieux si on dispose d'un cardiocographe.
- * Contractions utérines, mouvements actifs foetaux : matin et soir
- * La couleur, l'odeur du liquide amniotique : matin et soir
- * Recherche d'une éventuelle procidence du cordon.

9.2.4 Conduite à tenir obstétricale

Les éléments de décision sont : âge gestationnel, la durée de la RPM, la présence ou non d'infection, état du fœtus, score de Bishop, les conditions gynécologiques et obstétricales de la mère.

9. 2.4.1 En absence d'infection amniotique patente :

-Avant 28 semaines d'aménorrhée (SA)

Si la patiente entre en travail laisser l'expulsion se faire (avortement)

Si non laisser la grossesse évoluée après avoir donné toutes les informations nécessaires au couple sur le pronostic foetal et maternel.

- * La corticothérapie n'est pas nécessaire.

-De 28-34 semaines d'aménorrhée :

Il faut faire une tocolyse s'il existe des contractions utérines et en absence de SFA.

Il faut aussi faire une corticothérapie pour la maturation pulmonaire foetale.

En cas de souffrance foetale aiguë (SFA) il faut faire l'accouchement le plus vite possible.

- A partir de 34 semaines d'aménorrhée et plus

On laisse la patiente accoucher si elle entre en travail.

Dans le cas contraire, on déclenche le travail dans les 48-72 heures qui suivent la rupture si les conditions obstétricales le permettent sinon une césarienne s'impose.

9.2. 4.2 En cas d'infection :

Quel que soit l'âge de la grossesse, on fera une antibiothérapie avec des molécules à large spectre.

L'apparition d'une chorioamniotite impose l'accouchement immédiat.

Avant 28 semaines d'aménorrhée laisser l'expulsion se faire

De 28-34 semaines d'aménorrhée :

Il faut faire une antibiothérapie, puis une corticothérapie plus tard.

Après 34 semaines d'aménorrhée :

Il faut une antibiothérapie.

Il faut extraire le fœtus le plus tôt que possible.

Le nouveau né sera toujours adressé à un service de néonatalogie pour une prise en charge d'éventuelle infection et ou une prématurité.

9.2. 4.3 Les indications particulières de césarienne :

- * La RPM de 72 heures ou plus sur utérus cicatriciel
- *La RPM près du terme+siège en absence de travail en travail
- * La RPM+procidence du cordon battant

1. CADRE D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

-Situation géographique et services :

La commune II couvre une superficie de 17 Km² soit environ 7% de la superficie totale du District de Bamako.

Elle est limitée :

- Au nord par le pied de la colline du Point G.
- Au sud par le fleuve Niger
- A l'est par le marigot de Korofina
- A l'ouest par la route goudronnée (Boulevard du peuple passant par l'institut d'Ophtalmologie tropicale d'Afrique : IOTA traversant le grand marché jusqu'au pont des Martyrs).

La commune II du District de Bamako comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Medina-coura, Missira, Niarela, Quinzambougou, Téléphone sans fil (TSF), Zone industrielle, N'gomi)

Le centre de santé se trouve à Missira

Il comporte plusieurs services :

- L'administration
- La pharmacie
- Le service d'oto-rhino-laryngologie
- Le service d'ophtalmologie
- Le service de médecine
- Le service de gynécologie obstétrique
- Le service d'odontostomatologie
- Le service de pédiatrie
- Le service du PEV (Programme Elargie de Vaccination)

- Description du service de gynécologie obstétrique du CSREF CII

Le service gynécologie obstétrique occupe le rez de chaussée

A l'étage se trouvent l'administration et certains services

Il comporte :

- Une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement
- Une salle d'attente et de suite de couche immédiate avec trois lits
- Une salle de garde pour les sages femmes
- Une salle de garde pour les infirmières et les aides soignantes
- Un Bureau pour la sage femme maîtresse
- Une toilette externe pour le personnel
- Une unité de consultation prénatale
- Une unité de planning familial
- Une unité post natale
- Une Unité de PTME (Prévention de la transmission mère enfant du VIH)
- Une salle d'échographie
- Une unité de gynécologie obstétrique
- Trois salles d'hospitalisation

Le personnel comprend :

- Un professeur en gynécologie obstétrique, qui est le chef de service
- Six médecins
- La sage femme maîtresse
- Dix neuf étudiants faisant fonction d'interne
- Vingt neuf sages femmes
- Quatre infirmières obstétriciennes
- Vingt aides soignantes
- Quatre chauffeurs
- Cinq manœuvres

2. TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude cas témoin.

Nous avons choisi 1 cas pour 2 témoins.

3. PERIODE D'ETUDE :

L'étude s'est déroulée sur 12 mois allant de Janvier 2007 à Décembre 2007.

4. POPULATION D'ETUDE

Les gestantes qui ont consulté dans le centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

L'étude a porté sur 102 cas et 204 témoins soit un rapport d'un cas pour deux témoins.

5. CRITERES D'INCLUSION

Le Cas : toutes les gestantes admises pour rupture prématurée des membranes, au moins 12 heures avant le début du travail (d'accouchement).

Les Témoins : ont été considérées comme témoins les gestantes ne présentant pas de rupture prématurée des membranes et ayant le même âge gestationnel et la même parité consultant juste avant et juste après les cas.

6. CRITERES D'APPARIEMENT

- Parité
- âge gestationnel

7. CRITERES DE NON INCLUSION.

- N'ont pas été incluses dans le groupe des cas les gestantes ayant présenté une rupture prématurée des membranes moins de 12 heures avant le début du travail (d'accouchement).
- Les gestantes présentant tout autre écoulement à la vulve que le liquide amniotique.

8. SUPPORT DES DONNEES

Le recueil des données a été fait à l'aide des questionnaires individuels (fiche d'enquête) à partir :

- Des dossiers d'hospitalisation.
- Des partogrammes
- Du registre d'accouchement
- Des dossiers de césarienne.

9. VARIABLES ETUDIEES

Identification de la femme

- Age
- Profession
- Niveau d'étude
- Statut matrimonial
- Mode et motif d'admission

Antécédents :

- Gestité
- Parité
- Antécédents de rupture prématurée des membranes
- Antécédents médicaux et chirurgicaux
- Antécédents obstétricaux

Surveillance de la grossesse :

- Nombre de consultation prénatale
- Auteur des consultations prénatales
- Age gestationnel

Examen clinique :

-Circonstances de survenue de la rupture prématurée des membranes

-Examen physique, état du fœtus (les paramètres cliniques évidents)

Conduite à tenir :

- Schéma thérapeutique
- Mode et voie d'accouchement

Evolution :

- Complications maternelles immédiates.
- Complications fœtales immédiates

10. LA SAISIE ET L'ANALYSE DES DONNEES :

Les données ont été recueillies sur les fiches d'enquête individuelle. La saisie a été faite sur le logiciel Epi info 6.0 et l'analyse sur Epi info 6.0 et SPSS 11.0. Le traitement de texte a été réalisé sur Microsoft Word 2003. Le test de χ^2 de Pearson a été utilisé. Les valeurs de $p < 0,05$ ont été retenues comme statistiquement significatives.

11. LES DIFFICULTES RENCONTREES

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

- Impossibilité pour certaines femmes de faire le bilan biologique à cause du facteur coût.
- Insuffisance ou absence de plateau technique pour la réalisation de certains examens complémentaires.
- Retard dans l'obtention des résultats d'examens complémentaires.

RESULTATS

1. Fréquence

Tableau III: Fréquence de la rupture prématurée des membranes.

Fréquence de la RPM	Effectif	Pourcentage
Rupture prématurée des membranes	102	2.8
Autres	3481	97.2
Total	3583	100

Cent deux cas de rupture prématurée des membranes ont été constatés soit un taux de 2,8%.

2. RESULTATS DESCRIPTIFS DES CAS COMPARES AUX TEMOINS

2.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

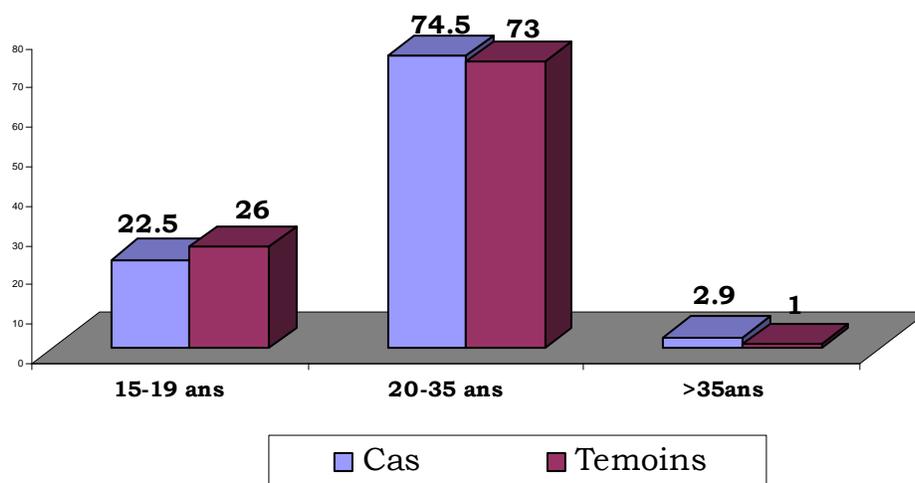


Figure 1: Répartition des gestantes selon l'âge

P=0,88 OR=1,00 IC (0,56-1,79)

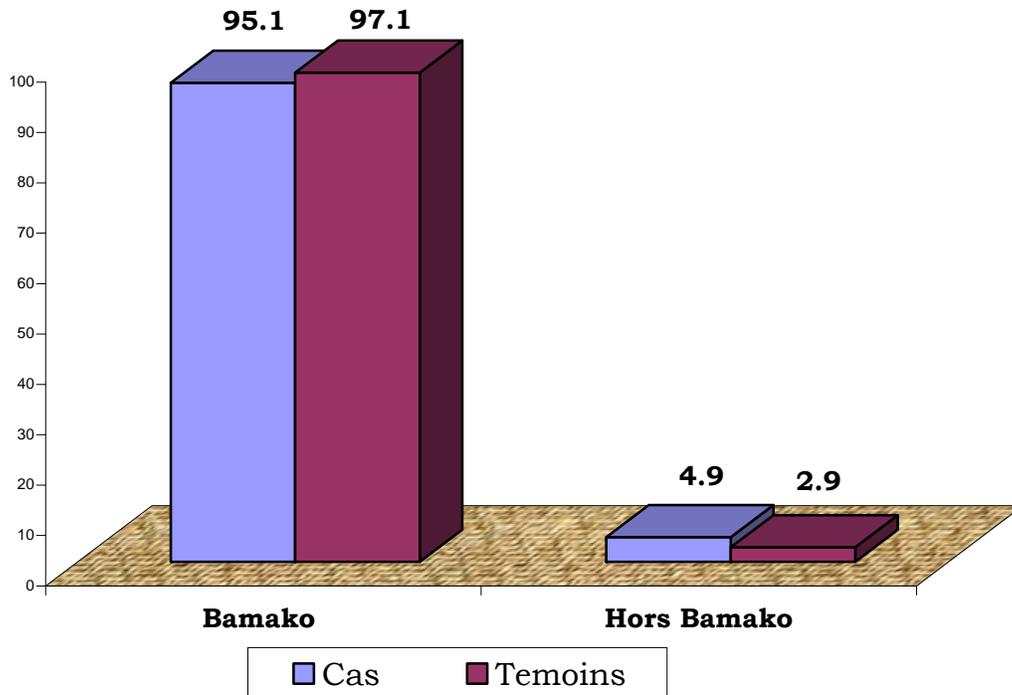


Figure 2: Répartition des gestantes selon la provenance

P=0,38 OR=1,70 IC (0,44-6,49)

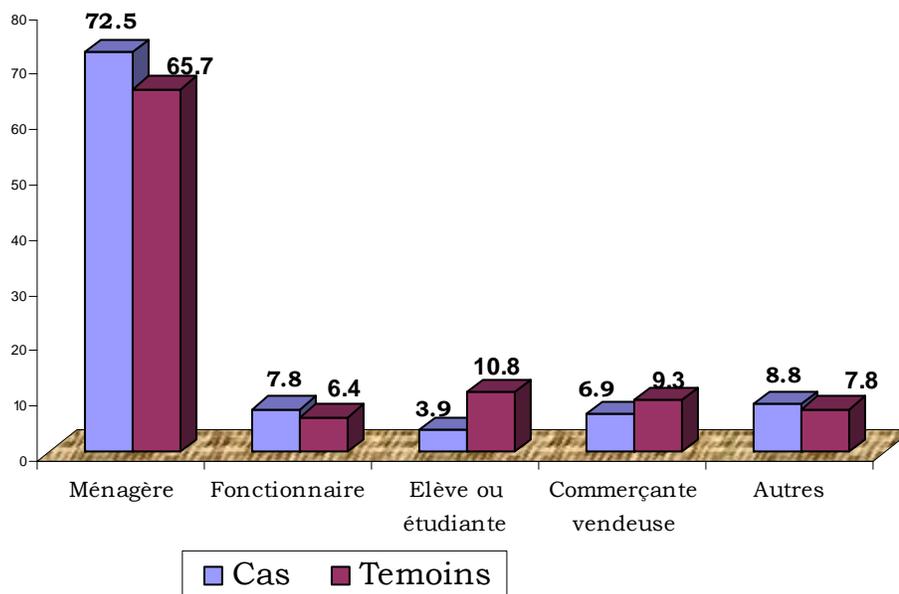


Figure 3: Répartition des gestantes selon la profession

P=0,28 OR=1,38 IC=(0,79-2,41)

2.1.1 Tableau IV: Répartition des gestantes selon le niveau d’instruction

Niveau d’instruction	Cas		Témoins		p
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Non scolarisé	87	85.0	158	77.5	0.42
Primaire	5	4.9	20	9.8	0.14
Secondaire	8	7.8	22	10.8	0.41
Supérieur	1	1.3	1	0.4	0.005
Ecole coranique	1	1.0	3	1.5	0.85
Total	102	100	204	100	

La fréquence des gestantes de niveau d’instruction supérieur était plus représentée chez les cas que chez les témoins (p=0.005).

2.1.2 Tableau V: Répartition des gestantes selon le statut matrimonial

Statut Matrimonial	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Mariée	89	87.3	173	84.8
Célibataire	13	12.7	31	15.2
Total	102	100	204	100

P=0,56 OR=1,23 IC (0,58-2,61)

Les deux groupes étaient comparables sur le plan statut matrimonial (p=0.56).

2.1.3. Tableau VI : Répartition des gestantes selon l'ethnie

Ethnie	Cas (N=102)		Témoins (N=204)	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Bambara	55	53.7	103	50.6
Bobo	3	2.9	7	3.4
Dogon	6	5.9	13	6.4
Malinke	6	5.9	5	2.5
Maure	3	2.9	1	0.5
Peulh	8	7.8	22	10.8
Senoufo	2	2.0	11	5.4
Soninke	8	7.8	15	7.4
Sonrhai	8	7.9	18	8.7
Autres*	3	3.2	9	4.3
Total	102	100	204	100

Khi2=19,04 p=0,16

Autres* : Les autres ethnies étaient essentiellement représentées par une marocaine, des Burkinabè et des wolofs.

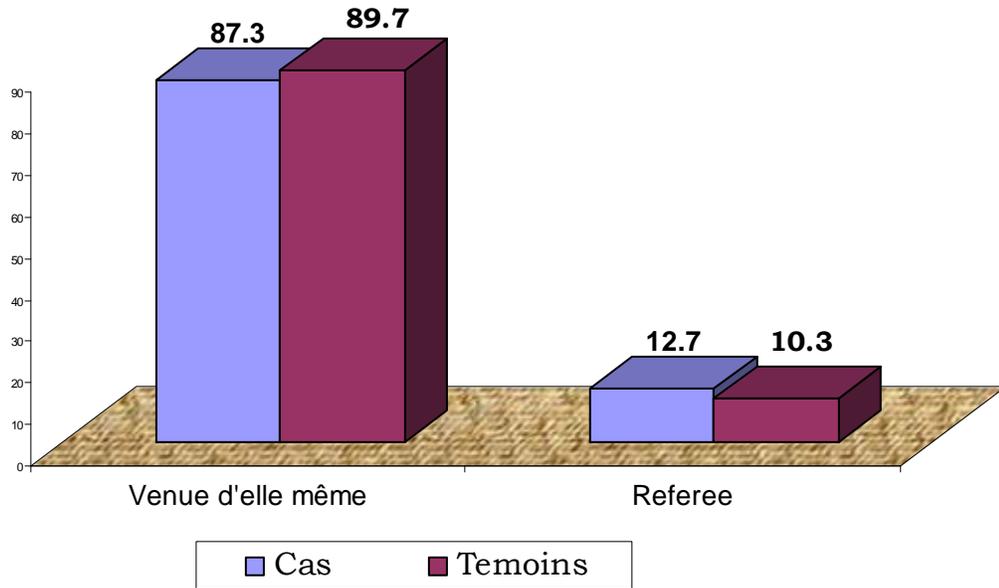


Figure 4 : Répartition des gestantes selon le mode d'admission

$\text{Khi}^2=0,41$ $p=0,52$

La plupart des patientes (90%) étaient venues d'elle-même

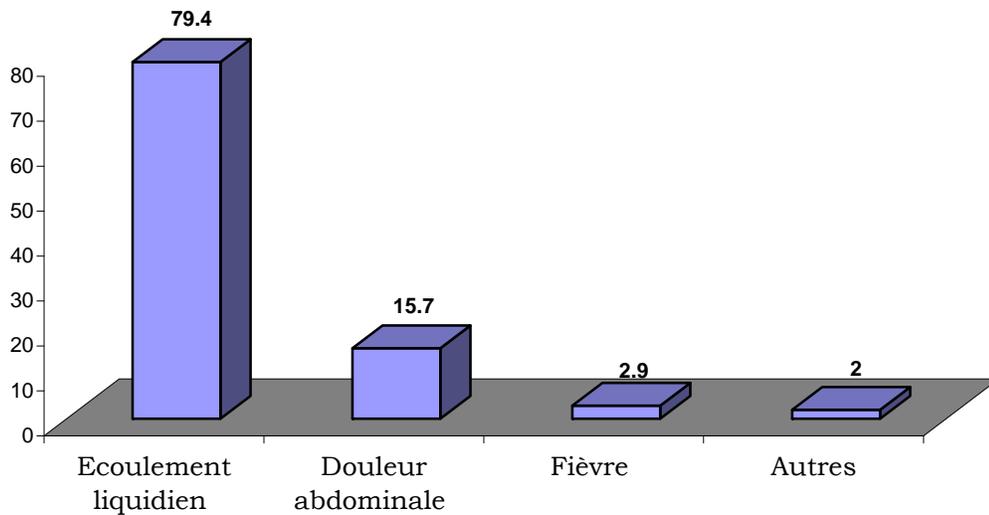


Figure 5 : Répartition des cas selon le motif d'admission

l'écoulement du liquide amniotique était le maitre symptôme pour les cas avec (79,4%).

2- Antécédents

2.2.1 Tableau VII: Répartition des gestantes selon la gestité

Gestité	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Primigeste	29	28.4	65	31.9
Paucigeste	15	14.7	31	15.2
Multigeste	40	39.2	70	34.3
Grande multigeste	18	17.7	38	18.6
Total	102	100	204	100

$Khi^2=0,38$ $p=0,53$

2.2.2 Tableau VIII : Répartition des gestantes selon la parité

Parité	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Nullipare	12	12.0	24	11.8
Primipare	11	10.8	22	10.8
Paucipare	38	37.3	76	37.3
Multipare	37	36.1	74	36.3
Grande multipare	4	3.8	8	3.8
Total	102	100	204	100

$X^2=0,02$ $p=0,90$

2.2.3 Tableau IX: Répartition des gestantes selon les antécédents de rupture prématurée des membranes.

Antécédents de rupture prématurée des membranes	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	16	15.7	14	6.9
Non	86	84.3	190	93.1
Total	102	100	204	100

$X^2=5,99$ $p=0,01$

Les antécédents de rupture prématurée des membranes étaient plus retrouvés chez les cas que chez les témoins ($p=0.01$).

3. Surveillance de la grossesse

3.1 **Tableau X: Répartition des gestantes selon le nombre de consultations prénatales effectuées.**

Nombre de CPN	Cas		Témoins		p
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Aucune	41	40.2	80	40.0	0.9
1 à 3	47	46.1	94	45.3	0.85
≥ 4	14	13.7	30	14.7	0.81
Total	102	100	204	100	

Il n'y a pas de corrélation entre la RPM et la consultation prénatal.

3.2 **Tableau XI: Répartition des gestantes selon la qualification de l'auteur des CPN**

Auteur	Cas		Témoins		p
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Sage femmes	32	52.5	90	72.6	0.006
Infirmière obstétricienne	23	37.7	19	15.3	0.0006
Médecin généraliste	6	9.8	15	12.1	0.64
Total	61	100	124	100	

Les CPN ont été effectués par les infirmières obstétriciennes dans 37.7% chez les cas contre 15.3% chez les témoins (p=0.0006).

4. Examen clinique:

4.1 **Tableau XII: Répartition des gestantes selon le type de présentation fœtale**

Présentation	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Céphalique	94	92.2	190	93.1
Siege	8	7.8	14	6.9
Total	102	100	204	100

Khi²=0,09

p=0,7

La présentation céphalique était dominante dans notre étude avec un taux d'au moins 92%.

4.2 Tableau XIII: Répartition des gestantes selon les pathologies associées à la grossesse

Antécédent clinique d'infection	Cas (N=102)		Témoins (N=204)		p
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	
Infection vaginale	43	42.2	19	9.3	<0.001
Infection urinaire	34	33.4	4	2.0	<0.001
Cervicite	27	26.5	42	20.6	0.245
Métrorragie	5	4.9	12	5.9	0.72
Hydramnios	14	13.7	40	19.6	0.20

Les infections génito-urinaires étaient plus représentées chez les cas que les témoins. ($p < 0,001$)

4.3 Tableau XIV : Répartition des gestantes selon l'âge gestationnel

Age gestationnel (SA)	Cas		Témoins		p
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	
[20-28[18	17.6	30	14.7	0.5
[28-34[3	3	8	3.9	
[34-36]	16	15.7	31	15.2	
≥37	65	63.7	135	66.2	
Total	102	100	204	100	

Les deux groupes étaient comparables en fonction de la répartition des gestantes selon l'âge gestationnel.

4.4 Tableau XV : Répartition des gestantes selon les circonstances de survenue de la rupture prématurée des membranes.

Circonstances de survenue	Cas	
	Effectif	Pourcentage
Spontanée	101	99.0
Traumatisme	1	1.0
Total	102	100

La plupart des ruptures était survenue spontanément, cependant nous avons notée 1 cas par suite de traumatisme.

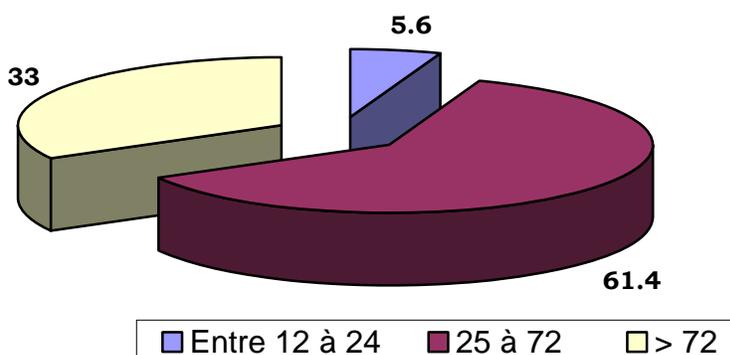


Figure 6 : Répartition des gestantes selon le délai entre la RPM et le début du travail

La grande majorité des cas de ruptures était survenue entre 25 et 72 heures.

4.5 Tableau XVI : Répartition des gestantes selon l'état des BCF à l'entrée

BCF à l'entrée	Cas		Témoins		p
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
0	6	5.9	2	1.0	0.03
<120 ou >160	11	10.1	31	15.3	0.19
120-160	85	84.0	171	83.7	0.91
Total	102	100	204	100	

Nous avons obtenu plus de BCF =0 chez les cas que chez les témoins (p=0.03).

4.6 Tableau XVII : Répartition des gestantes selon la température corporelle à l'admission.

Température corporelle (°C)	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
≤37,5	91	89.2	175	85.8
37,6-37,9	2	2.0	3	1.5
≥38°	8	7.8	26	12.7
Total	102	100	204	100

X² =0,18

P=0,73

La température corporelle était normale dans 89.2% chez les cas et 85.8% chez les témoins.

4.7 Tableau XVIII : Répartition des gestantes selon la présence ou non de contractions utérines

Contraction utérine	Cas	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	79	77.5
Non	23	22.5
Total	102	100

La grande majorité des cas présentaient des contractions utérines douloureuses soit 77,5% des cas.

4.8 Tableau XIX : Répartition des gestantes selon la dilatation du col à l'admission.

Dilatation du col (cm)	Cas		Témoins	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
≤3	87	85.3	172	84.3
>3	13	14.7	32	15.7
Total	102	100	204	100

P=0.82

les deux groupes étaient comparables en fonction de la répartition des gestantes selon la dilatation du col à l'admission.

4.9 Tableau XX : Répartition des gestantes selon la présence ou non de métrorragie a l'admission.

Métrorragie	Cas		Témoins	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	5	4.9	12	5.9
Non	97	95.1	192	94.1
Total	102	100	204	100

X² =0,17 P <0,31

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

Coloration du liquide	Cas		Témoins	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Clair	85	83.3	188	92.2
Meconial	17	16.7	16	7.8
Total	102	100	204	100

X² =5,9 P =0,01

Le liquide amniotique meconial était plus retrouvé chez les cas que chez les témoins (p=0.01).

5- Echographie

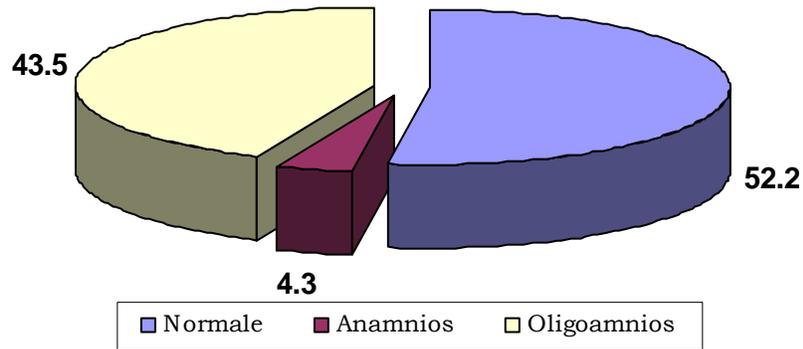


Figure 7 : Répartition des gestantes selon le résultat de l'échographie

L'échographie a révélé un oligoamnios dans 42,5% des cas et 4,3% d'anamnios

6- SCHEMA THERAPEUTIQUE

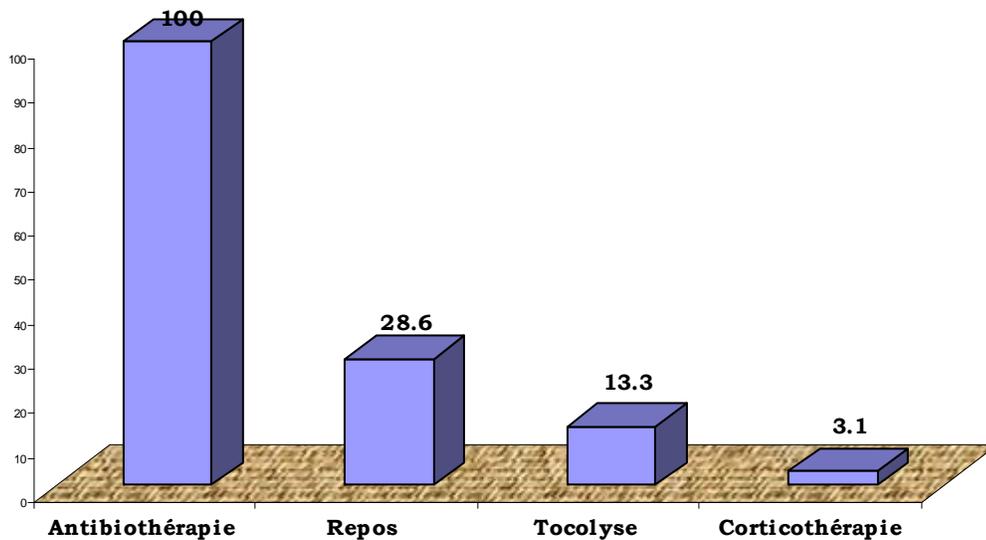


Figure 8: Répartition des gestantes selon le traitement reçu

6.2 **Tableau XXII: Répartition des gestantes selon le mode d'entrée en travail**

Mode d'entrée en travail	Cas		Témoins		p
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Spontané	85	83.0	192	94	0.002
Déclenché	17	17.0	12	6	0.002
Total	102	100	204	100	

Il y a plus de déclenchement chez les cas que chez les témoins (p=0.002).

6.3 **Tableau XXIII: Répartition des gestantes selon le produit utilisé pour le déclenchement.**

Produit utilisé	Cas (N=17)	
	Effectif	Pourcentage
Oxytocine	5	29.4
Misoprostol	7	41.2
Misoprostol et oxytocine	5	29.4

6.4 Tableau XXIV : Répartition des gestantes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Cas		Témoins	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Voie naturelle	78	79.6	176	86.3
Césarienne	24	24.4	28	13.7
Total	102	100	204	100

$X^2 = 4,43$

$P = 0,001$

L'accouchement par césarienne était plus représenté chez les cas que chez les témoins ($p=0.001$).

6.5 Tableau XXV: Répartition des gestantes selon les indications de la césarienne

Indication de la césarienne	Cas (n=24)		Témoins (n=28)	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Souffrance foetale aiguë	8	33.3	11	39.3
Bassin généralement rétréci	2	8.3	5	17.9
Hypertension artérielle sévère	4	16.7	2	7.1
Dystocie dynamique	3	12.5	5	17.9
Utérus bi cicatriciel	5	20.8	2	7.1
Bassin limite +macrosomie foetale	2	8.4	3	10.7
Total	24	100	28	100

7- Nouveau- nés

7.1 Tableau XXVI : Répartition des nouveau-nés selon le poids

Poids	Cas (N=103)		Témoins (N=206)		X ²	P
	n	%	n	%		
<2500	21	20.6	19	9.2	7.60	0.005
2500-4000	77	75.5	154	74.8	0,02	0,88
>4000	5	4.9	33	16.0	7.94	0.004
Total	103	100	206	100		

Nous avons plus de nouveau-nés de poids <2500 chez les cas que chez les témoins (p=0.005).

Tableau XXVII : Répartition des nouveau-nés selon la taille

Taille	Cas (N=103)		Témoins (N=206)		X ²	P
	n	%	n	%		
<47	16	15.7	34	16.5	0,06	0,79
≥47	87	85.3	170	82.5	0.42	0.51
Total	103	100	206	100		

Tableau XXVIII : Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR

APGAR	Cas (N=103)		Témoins (N=206)		X ²	P
	n	%	n	%		
0	5	4.9	2	1.0	7.60	0.07
1-7	16	15.7	22	10.7	4,29	0,038
>7	82	80.4	183	88.8	3.90	0.048
Total	103	100	206	100		

L'ApGAR morbide était plus retrouvé chez les cas que chez les témoins (p=0.03).

Tableau XXIX : Répartition des nouveau-nés selon le sexe

SEXE	Cas (N=103)		Témoins (N=206)		X²	P
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Masculin	68	66.7	132	64.1	0,11	0,73
Féminin	35	34.3	74	35.9		
Total	103	100	206	100		

7.2 Tableau XXX : Répartition des nouveau-nés selon l'antibiothérapie

Antibiothérapie	Cas		Témoins	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	98	100	15	7.4
Non	0	0.0	189	92.6
Total	98	100	204	100

X²=233,79

p<0,001

Tous les nouveau-nés chez les cas ont reçu une antibiothérapie.

7.3 **Tableau XXXI** : Répartition des nouveau-nés selon qu'ils ont été référés ou non.

Référence	Cas		Témoins	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	87	86.1	16	7.9
Non	4	3.9	186	92.1
Total	101	100	202	100

OR=252, 8 IC=75, 78-937, 6 X²=211, 6 P<0,0001

La référence a concerné plus de nouveau-nés chez les cas que chez les témoins (p<0.0001).

8 .COMPLICATIONS

8.1 **Tableau XXXII** : Répartition des gestantes selon les complications maternelles retrouvées

Complications Maternelles	Cas		Témoins		P
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Chorioamniotite	2	2.0	3	1.5	0,74
Endométrite	4	3.9	3	1.5	0,17
Suppuration pariétale	2	2.0	2	0.9	0,47
Aucune	94	92,1	196	96.1	0,14
TOTAL	102	100	204	100	

8.2 Tableau XXXIII : Répartition des nouveau-nés selon les complications fœtales retrouvées.

Complications Fœtales	Cas		Témoins		p
	n	%	n	%	
Prématurité	12	11.8	17	8.4	0,33
Malformation	1	1.0	0	0.0	-
Hypotrophie fœtale	11	10.8	18	8.8	0,58
Aucun	78	76.4	169	82.8	0,01
Total	102	100	204	100	

Il y a moins de complication fœtales chez les témoins que chez les cas

8.3 Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon les complications maternelles et la voie d'accouchement.

Complications maternelles	Voie d'accouchement			
	Voie basse		Césarienne	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Aucune	76	97.4	18	75
Chorioamniotite	1	1.3	1	4.2
Endométrite	1	1.3	3	12.5
Suppuration pariétale	0	0.0	2	8.3
Total	78	100	24	100

8.4 Tableau XXXV: Répartition des patientes selon les complications maternelles retrouvées et le délai entre la rupture et le début du travail.

Complications maternelles	Délai entre la rupture et le début du travail (heures)					
	12-24		25-72		>72	
	N	%	N	%	N	%
Aucune	5	83.3	60	96.8	29	85.3
Chorioamniotite	0	0.0	0	0.0	2	5.9
Endométrite		0.0	1	1.6	3	8.8
Suppuration pariétale	1	16.7	1	1.6	0	0.0
Total	6	100	62	100	34	100

La chorioamniotite a été constatée seulement dans le cas où le délai entre la rupture et le début du travail était supérieur à 72 heures.

8.5 Tableau XXXVI: Répartition des nouveau-nés selon les complications fœtales retrouvées et le délai entre la rupture et le début du travail.

Complications fœtales	Délai entre la rupture et le début du travail					
	12-24		25-72		>72	
	N	%	N	%	N	%
Aucune	2	33.3	47	75.8	29	85.3
Prématurité	1	16.7	7	11.3	4	11.8
Malformation	0	0	1	1.6	0	0.0
Hypotrophie fœtale	3	50	7	11.3	1	2.9
Total	6	100	62	100	34	100

La prématurité a été plus constatée dans les délais supérieurs à 24H soit 11 cas sur 12.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence :

Sur 3583 accouchements réalisés dans le service de gynécologie et d'obstétrique courant l'année 2007, nous avons enregistré 102 cas de rupture prématurée des membranes soit un taux de 2,8%.

Elle s'explique par la fréquence élevée des références et évacuations pour une prise en charge obstétricale adéquate.

Les résultats de Cissé K [16] et Traoré A L [54] étaient respectivement de 1,6% et 2,7%.

2. Caractéristiques Sociodémographiques :

2.1 Age :

Près de 74,5% des gestantes avaient un âge compris entre 20-35 ans avec une moyenne d'âge 29 ans. Les adolescentes représentaient 22,5%. Les cas n'étaient pas différent des témoins ($p=0,88$). Keïta M.A [29] a enregistré 72,4% de gestante ayant un âge compris entre 20-35 ans avec 13,8% d'adolescente. Selon Cissé K [16] 71,4% des gestantes avaient un âge compris entre 19-35 ans contre 18,1% d'adolescente.

Ces résultats nous permet de constate que dans la tranche d'âge 20-35 ans il y a un pic très important de RPM.

2.2 Profession :

La grande majorité des gestantes 72,5% étaient des ménagères, sans une différence statistique significative ($p=0,38$). Selon Cissé K [16] ce taux était de 73,7%. Traoré A L [54] et Keita M A [29] ont trouvé respectivement 69,1% et 91,1%. Le reste de notre population

d'étude était composé de 18 fonctionnaires, 10 élèves ou étudiantes, 5 vendeuses et commerçantes.

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

2.3 Statut matrimonial :

La majorité de nos gestantes étaient mariées dans les 2 groupes sans différence statistique significative ($p=0.56$). Dans l'étude de Cissé K [16] les femmes mariées ont représenté 91,7%. Keita M A [29] a trouvé 87,3% de femmes mariées.

2.4 Niveau d'instruction

Les gestantes non scolarisées sont les plus représentées avec 85%.

Les cas et les témoins étaient assez comparables ($p=0,42$).

Le manque de scolarisation constitue un problème majeur dans le suivi de la grossesse car il influence sur la compréhension et le bon déroulement du suivi de la grossesse. Ce constat est confirmé par Keita M A [29] et Cissé K [16] qui ont trouvé des taux respectifs de 85,3% et 55,6% de gestantes non scolarisées.

2.5 Provenance :

La majorité des gestantes résidaient à Bamako dans les cas ainsi que les témoins avec des taux respectifs de 95,5 et 97,1%. ($p=0,38$).

Cissé K [16] a trouvé que 91,7% des gestantes résidaient à Bamako.

2.6 Ethnie :

Le bambara était l'ethnie majoritaire dans notre étude avec 53,7% des cas et 50,6% des témoins sans différence statistiquement significative. ($p=0,16$)

3. Caractéristiques cliniques

3.1 Motif de consultation.

Le premier signe clinique est l'écoulement liquidien affirmé par 79,4% des gestantes qui ont consulté avec une différence statistique très significative ($P < 0,001$) par rapport aux témoins. 15,7% des gestantes ont consulté pour contractions utérines. Cissé K [16] a trouvé ce signe clinique dans 42,9% des cas. Nos résultats nous révèlent que les femmes ne connaissent pas tous les risques de la RPM, qui pour elles ne peut constituer un motif de consultation.

3.2 Mode d'admission

Environ 87,3% soit 89/102 des cas étaient venues d'elles-mêmes au centre de santé de référence de la commune II contre 89,7% des témoins. Cela pourrait s'expliquer par la situation géographique du centre en plein cœur des habitations avec un accès relativement facile.

3.3 Suivi de la grossesse

Notre étude montre que les CPN ont été effectués par les infirmières obstétriciennes dans 37,7% chez les cas contre 15,3% chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($p = 0,006$). Ceci s'explique par la fréquence élevée des CPN effectués par les infirmières obstétriciennes.

Cissé K [16] a trouvé un taux de 17,3% de grossesse non suivie, contre 20% de grossesse non suivie de Traoré AL [54].

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

3.4 Antécédents :

- La gestité :

Il y a pas de corrélation entre la gestité et la rupture prématurée des membranes.

-La parité :

Les deux groupe étaient presque identiques au point de vue parité (p=0.90).

3.5 Les facteurs de risque

Dans la littérature, il y a eu peu d'étude sur les facteurs de risque de la rupture prématurée des membranes en particulier. Les infections génito-urinaires maternelles ont été les plus fréquemment rencontrées dans cette étude avec 73% avec une prédominance chez les cas. Nous avons noté une différence hautement significative (p<0,001). La fièvre était présente chez 8, 8% des cas à l'admission contre 12,6% chez les témoins.

Dans notre série, l'analyse des données révèle que les gestantes ayant présentés :

-une infection urinaire court 5 fois environ plus de risque de faire une RPM que les autres qui n'en ont pas présenté (OR=4,5).

-une infection vaginale court 7 fois plus de risque que les autres (OR=7,1).

-un hydramnios court 3 fois plus de risque que les autres (OR=3,2).

-les activités débordantes courent 2 fois le même risque que les autres (OR=2,4).

-une grossesse gémellaire court 3 fois plus le risque que les autres (OR=3,24).

- une présentation foetale non céphalique court 2 fois plus environ le risque que les autres (OR=2,4).

- les autres facteurs comme la cervicite, fibrome utérin, métrorragies ne sont pas statistiquement significatifs. Koné H [31] a trouvé une fréquence de 2 à 11% d'infection urinaire au cours de la grossesse. Cependant les cas d'infections asymptomatiques sont à noter. Traoré A. L [54] a eu 41,9% d'infection urinaire maternelle.

L'infection a été trouvée chez 48% des gestantes et a constitué le principal facteur de risque.

Les activités débordantes constituent le second groupe soit 5,2% de facteurs de risque dans notre étude surtout avec le bas niveau de vie socioéconomique.

Un seul cas de béance cervico-isthmique a été diagnostiqué, contrairement à Traoré A. L [54] qui a enregistré 7,6% pour ce facteur de risque.

Andriamdy et al ont trouvé l'infection urinaire chez 26 % des cas sur 1468 gestantes contre 6% chez les témoins sans rupture prématurée des membranes.

L'hydramnios constitue aussi un facteur de risque pour la mère et le foetus, il est généralement associé à une malformation foetale qu'il faut rechercher.

Abboud P et al [1] a trouvé 1,6% de cas de RPM après amniocentèse. Dans la littérature [6, 11, 32] : nous retrouvons d'autres facteurs de risque tels que :

- Le déficit en vitamine C.
- Les maladies du collagène.
- Le syndrome d'Ehlers-Danlos.

Les facteurs de risque les plus fréquemment retrouvés dans notre étude ont été : les infections génito-urinaires et les activités débordantes. Selon Andriamady et al les infections génitales ont occupé 32,9 %.

3.6 Age de la grossesse

Nous avons noté que 81,4% des gestantes étaient au 3^{ème} trimestre de la grossesse et 63,7% des gestantes avaient un âge gestationnel supérieur 37SA. Cela peut s'expliquer par la plus grande fréquence de l'infection urinaire au 3^{ème} trimestre de la grossesse et par le fait que le col est déhiscent généralement pendant cette période chez les multipares et les grandes multipares. Boog G et Mirlesse V ont trouvé respectivement 60 à 80 % et 80% des cas de RPM à terme.

Nous avons enregistré 17,6% soit 18 cas de RPM à un âge gestationnel inférieur à 28 SA.

3.7 Circonstances de survenue et le délai de la rupture

Dans notre population d'étude, nous avons enregistré 99% de rupture spontanée des membranes. Ceci est du au fait que la RPM peut survenir même en cas de surveillance stricte de la grossesse. Dans la littérature nous notons des cas de RPM post amniocentèse soit 1,6% de cas, Abboub P et al.¹

Les délais de la rupture étaient supérieurs à 24 heures chez plus de la moitié des cas (61,4%).

3.8 Bruit du cœur foetal

Dans notre étude nous avons obtenu 5,9% des gestantes admise sans activité cardiaque foetale soit 6 sur 102, contre 1.0% chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($p=0.03$).

3.9 Température corporelle

Nous avons recensé 7,8% d'hyperthermie ; le taux de chorioamniotite est de 2% soit deux cas dans notre étude. Selon Traoré A L [54] ce taux était de 7,6% soit 17 cas.

3.10 Contractions utérines :

22,5% des gestantes n'avaient aucune contraction utérine à l'admission. 77,5% des gestantes étaient en travail à l'admission. Ceci s'explique par le faite que les femmes ignorent le risque de RPM et imminence de l'accouchement donc attendent d'être franchement en travail avant de venir et c'est à l'interrogatoire que nous avons trouvé la notion de perte des eaux il y a plusieurs heures voire même plusieurs jours. Ce résultat était de 38,3% dans l'étude de Cissé K.[16]

3.11 Dilatation du col

Le taux des gestantes en phase de latence du travail d'accouchement à l'admission atteignait 85,3%. Ce taux était de 63 9% chez Cissé K.[16]

3.12 Caractéristiques du liquide amniotique

Dans cette étude nous avons eu 75,8% de cas d'écoulement liquidien abondant donc sans problème diagnostic. Dans le reste des cas l'écoulement était minime et nous avons du recourir à l'écographie pour l'appréciation de la quantité du liquide amniotique. Ceci a

conclu a un oligo-amnio dans 43,5% des cas, anamnios dans 4,3% des cas et liquide amniotique de quantité suffisante dans 52,2% des cas. Nous avons recensé 83,3% de LA clair 8,9% de LA teinté et 7,8% de LA méconial (présentation du siège).

4. Aspect thérapeutique :

4.1 Traitement reçu

Dans notre étude l'antibiothérapie préventive à base d'amoxicilline à la dose de 1g toutes les 12heures a été pratiquée. 20% des cas ont bénéficié du repos, 13,35 la tocolyse et 3,1% une corticothérapie.

4.2 Mode d'entrée en travail d'accouchement

Dans notre étude, nous avons obtenu 83% d'induction spontanée du travail dans les heures qui ont suivi la rupture prématurée des membranes.

La durée moyenne de l'expectative dans notre étude a été de 48 heures. La durée moyenne de l'expectative pour Traoré A L [54] a été de 38,5 heures et pour Keita M A [29] de 72 heures. Nous avons eu 17% de déclenchement artificiel.

Ce taux élevé de déclenchement spontané du travail s'explique. Avec la RPM, il y a les prostaglandines du liquide amniotique qui sont libérés et agissant sur le col (mûrissement du col), stimulation par la sécrétion endogène prostaglandine E2, entraînant la sécrétion post hypophysaire d'ocytocine par l'intermédiaire des prostaglandines endogènes.

Les femmes sont entrées spontanément en travail dans un délai de 48 heures après la rupture de la poche des eaux dans 81,6% [30].

L'accouchement s'est déclenché spontanément dans 82,2% des cas selon [4].

5.2 Voies d'accouchement

Dans notre population d'étude, nous avons enregistré 79,6% d'accouchement par les voies génitales naturelles, 24,4% de césarienne avec une différence significative ($p=0,001$). Cissé K [16] a trouvé 76,7% d'accouchement par la voie basse. Andriamady et al ont obtenu 20,9% de césarienne dans leur étude.

Les indications de césarienne ont été principalement : la souffrance fœtale, l'hypertension artérielle sévère.

La fréquence de césarienne est associée à la RPM dans environ 10% dans la littérature selon [51].

6. Nouveau nés

6.1 APGAR à la 5^{ème} minute de vie.

Dans notre étude il a été enregistré 2% de mort nés.

Les circonstances de survenue des décès ont été : la rupture prématurée des membranes prolongées au delà de 3 jours. Aussi 18,8% ont eu un score d'APGAR ≤ 7 à la 5^{ème} minute de vie. TRAORE A L [54] , Keita M A [29] , Andriamady et al [4] ont trouvé respectivement 11,57% 13,7% et 11,7%.

6.2 Poids

Nous avons enregistré 20,6% de poids inférieurs à 2500g et 75,5% de poids compris entre 2500-4000g, les extrêmes ont été 600g et 4300g. Cissé K [16] a trouvé 30,2% de poids inférieurs à 2000g Traoré A L [54] a trouvé 24,4% de poids inférieurs à 2000g et 41,7% de poids compris entre 2000-2500g. Keita M A [29] a trouvé 51,1% de nouveau nés avec un poids inférieur 2500g.

6.3 Taille

Dans notre série 15,7% des nouveau-nés ont eu une taille inférieure à 47cm. Traoré A L [54] et Keita M A [29] ont eu respectivement 57,20% et 43,10%.

6.4 Sexe

Dans notre étude, nous avons enregistré 35 nouveau-nés de sexe féminin contre 68 de nouveau-nés sexe masculins, ce qui donne un sexe ratio égal à 1,9. Cissé K [16] a trouvé un sexe ratio égal à 1,42

6.5 Antibiothérapie à la naissance

Environ 97,5% de nouveau-nés ont reçu une antibiothérapie à la naissance contre 7,4% de nouveau-nés des témoins.

Dans l'étude de Keita M A [29] 29,6% des nouveau-nés ont reçu un antibiotique. L'antibiothérapie a été systématique car le bilan biologique infectieux n'a pas été effectué chez tous ces nouveau-nés pour des raisons financières et ou techniques.

L'antibiothérapie systématique a été utilisée par Ville Y.[56]

6.6 Référence

La majorité des enfants 86.1% des nouveau-nés ont été référés pour une souffrance fœtale, une prématurité et /ou une éventuelle infection néonatale probable. Parmi lesquels 11,8% de nouveau-nés

ont été transférés au service de néonatalogie pour prématurité, 10.8% pour hypotrophie foetale. 62,6% de nouveau-nés ont été référé pour une prématurité et ou une éventuelle infection néonatale probable [16].

CONCLUSION

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

Les facteurs de risque sont nombreux et ont été dominés par les infections uro-génitales.

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

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

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

La diminution du nombre de RPM repose :

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

RECOMMANDATIONS

Aux Autorités

- Assurer une bonne organisation des structures de santé, une formation de base de qualité et continue pour la prise en charge des urgences obstétricales.
- Equiper les laboratoires hospitaliers en matériel performant et adéquat et en personnel qualifié permettant de faire les examens complémentaires dont les résultats seront fiables et rapidement disponibles à des coûts abordable pour la population.
- Renforcer l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré pour permettre une prise en charge adéquate des nouveau-nés prématurés.
- Doter la salle d'accouchement d'un cardiotocographe.

Aux personnels de santé

- Référer tous les cas de RPM sur une structure de référence pour la prise en charge obstétrico-pédiatrique.
- Rechercher et traiter les infections cervicovaginales

Aux femmes

- Prendre en compte les conseils des agents de santé sur le risque de RPM quelque soit le terme de la grossesse.
- Faire au moins quatre CPN lors d'une grossesse.
- Se rendre dans un centre de santé de référence dès qu'il y a perte des eaux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Abboud P; Zejli A; Mansour G; Monnoyer Y, Houreau Bart H ; Bock S** : Perte de liquide amniotique et rupture des membranes après amniocentèse, J. Gynécol obsté Biol Reprod 2000 N°29 741-45.
- 2. Adisso s, Takpara .I, Tekete .I, O Goudjobi Mo, de Souzaj, Alihonou E**
Clinique universitaire de gynécologie et obstétrique 01 BP 1822 Cotonou
République de Bénin
- 3. Alexander JM; Cox SM** Clinical course of premature rupture of the membranes.Seminars in perinatology.20 (5), 1996 Oct: 369-74.
- 4. Andriamady RCL, Rasamacliosa JM; Rovaonarivoh H, Ranfalahye J**.Les Ruptures prématurés des membranes vu à la maternité de Befelatanana, centre hospitalier universitaire d'Antanarivo 1998 ; Arch Inst Paster Madagascar 1999 65 (2):100-02.
- 5. Audra JC; Pasquier P**. Rupture prématurée des membranes à terme, E M C (édition scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris tous droit réservé) obstétrique 5-072-B-20.
- 6. Barrat J H ; Bossat J ; Lewin D ; Renaud R** traité d'obstétrique,la grossesse pathologique et l'accouchement dystocique, 2^{ème} édition,Masson paris New York Barcelone Milan,Mexico Sao Paulo,P 1985.
- 7. Benhain Y ; Aucouturiery J ; Hillian, Moulies M.E ; Ville Y**. Intérêt de l'amniocentèse dans le diagnostic et la prise en charge d'une chorioamniotite à listeria monocytogène ,Journal gynéco-obstétrique et biologie de la reproduction ,Masson vol 23, N°1 Février 2003 :p39-42.

- 8. Bernard B.** La prématurité tirée ORSG, INSERM politiques périnatales, Guyane, antilles, Brésil, Analyse comparative ; 11/13 Novembre 1986 .Gerard.Bréat Marcel clodion Joëlle Sankali-Suzanon Laurista Corrêa, Filho, 77-84.
- 9. Billion J .M ; Claudot A ; Louma.** Rupture prématurée des membranes dans les grossesses multiples, Extraction active écho guidée du fœtus et poursuite de la grossesse, à propos de deux cas, Journal de gynéco-ostétrique Biologie Reproduction, 1997 vol26 N°5 :717-22.
- 10. Blond M H; Lenclen P; Poulain R; Guillaume S.** Quels sont les risques liés aux portage vaginaux et aux infections génitales bases pour la mère, le fœtus et les nouveau-nés, Journal de gynéco-obstétrique Biologie Reproduction 1997 ; vol26, N°3 :P13-28.
- 11. Boog G.** La rupture prématurée des membranes tiré obstétrique Université Francophone, Ellipses, Aupelp/UREF 1995 : P572-79.
- 12. Bon C; Roubille M; Maillavin A; Pichot J :** La détection de la fibronectine foetale dans l'évaluation du risque d'accouchement SAS. (Internet) In Stratégies d'exploration fonctionnelle et de suivi Thérapeutique, Immunlanl biol Spéc 2000 ; 15 :96-108-Edition Scientifique et médicales Elsevier.
- 13. Cabrol D.** Est -il légitime de prescrire une antibiothérapie en cas de rupture prématurée des membranes avant terme ? La lettre du gynécologue N° 199 Février 1995 ; (int) Article a INIST CR RRS 2004.

14-Cacaul J A T ; Jacques L; Jacques M. La rupture prématurée des membranes, In l'urgence en garde de gynécologie et de maternité et les consignés applicables aux nouveaux-nés ; Novartis, J L John Libbey Eurotext 1997: p28-29.

15.Cherif A; Hammani S; Sfar R; Ben Redjeb ; Marrakakchi Z; Boukef-largueche S : Evaluation du risque infectieux néonatale après une rupture prolongée des membranes chez le nouveau-né à terme à propos de 405 ; Rev. Maghreb. Pediatr. , 2003, Vol13, no2 : p73-77.

16. Cissé k

Facteurs de risque de la RPM au service de gynécologie et obstétrique du centre de sante de référence de la commune V du District de Bamako.
Thèse de médecine 2006.

17. Claris O, Audra P ; Mellier, Neyrand D ; Salle B L. Rupture prématurée des membranes avant 32 semaines, étude rétrospective de 72 enfants nés dans un centre périnatal, Aphase ; FRADA 1996 Vol 43 N° 7 : p 488-93.

18. Claude J. Les infections urinaires gravidiques, La revue du praticien Gynécologie et Obstétrique n°83-15 mai 2004.

19. De Meeus J B; Sima ole-B ; Bascou V; Magnin G. Diagnostique de la RPM : valeurs respectives du test à la diamino-oxydase (DAO), et de la mesure du Ph vaginal, Journal de gynécologie obstétrique1997 vol 26 N°7 : P730-33

20. De Tourris H; Henrion R; Delecour. Les infections urinaires grossesse in Abrégé illustré Paris Milan Barcelon Masson 1994 : P595-598.

21. Dellenbbach P ; Muller P; Philippe E : les anomalies des membranes de l'œuf EMC. Paris. Obstét; 1971, 4,5072, A10.

22. Dreyfus M ; Baldauf J J ; BoesingerF ; Tissier I; Andrianivo J, Lehmann M et al. La Rupture prématurée des membranes à terme, étude rétrospective de 88 cas, Revue française de gynécologie et obsttrique 1995 vol 90 N ° 5-6 :p275-80.

23. Foudjet K C. L'utilisation du Misoprosol dans la prise en charge des grossesse arrêtées dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré ,à propos de 60 cas, thèse de médecine Bamako 2005 M104 P109.

24. Foune A; Lesourd-Pontionnier . Infections urinaires au cours de la grossesse, édition scientifique médicale 5-047-A-10.23. François Aubert /Philippe Guittard :Les pathologies infectieuses pendant la grossesse, Essentiel Médical de poche, 2^{ème} édition ELLIPSES 32 Rue Bague parris :329-31.

- 25. François A /Phliipe G** : Les pathologies infectieuses pendant la grossesse, Essentiel Médical de poche, 2^{ème} édition ELLIPSES 32 Rue Bargue parris, P 1087
- 26. Gillet J Y ; Guitilla J C ; Lewin David ; Magnin G ; Querleu D ; Rozenberg P et al.** Liquide amniotique, physiologie, oligo amnios, hydramnios, édition Marketing, éditeur des préparations grandes écoles Médecine ,32 Rue Bargue7501 Paris, 1994 :p41-44.
- 27. Guikovaty JP; Dellenbabach P; et Lewin D.** La rupture prématurée des membranes tiré VOKAER R,Tome2 1985,160-171.
- 28. Internet coogle** : Collège national des gynécologues et obstétriciens Français (CNGOF) ,184 Rue Faubourg Saint Antoine 75012 paris 7 décembre 1999.
- 29. Keita M A.** La Rupture prématurée des membranes : aspect épidémiologique, cliniques et thérapeutiques au service de gynéco obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse de Médecine 2002 N^o23.
- 30. Khabouzes ; Ounejmas ; Rhrabb ; Bouchikhic ; Kharbacha et al.** la rupture prématurée des membranes à terme : Evaluation d'une attitude expectative (à propos de 939 cas), Maroc médical (Rabad) <Maroc méd Rabat>2002 ; Vol 24 N^o 2 P99-103 cote INIST : 843.
- 31. Koné H (épouse de Diassana).** L'infection urinaire et grossesse à la maternité René Cissé.d' hamdallaye, à propos de 35 cas, thèse de médecine Bamako 2002 N^o75 :p151.

32. Kouam L. Etude comparative de deux conduites cliniques en cas de rupture prématurée des membranes à terme, du 1^{er} janvier 1991 au 30 novembre 1993 ,thèse de médecine à la maternité de CHU de Yaoundé.

33. Lansac J . Conduite à tenir devant les RPM tirée Pratique de l'accouchement 1994, 3^{ème} édition SIMEP ; Paris.

34. Marret H; Descamps P; Fignon A; Perrotin F; Body G; Lansac J. Conduite à tenir devant une rupture prématurée des membranes sur une grossesse mono foetale avant 28 semaines d'aménorrhée ; Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 1998, vol.2, n°7 : p665-75.

35. Mereinstein GB; Weisman LE. Premature rupture of membranes: neonatal consequences. Seminars in perinatology.20 (5); 1996 Oct: 375-380.

36. Merger R ; Ley J; Melchior J. Précis d'obstétrique, 6^{ème} édition, Masson Paris Milan Barcelone ; 1997 : 282-86 p597

37. Millar LK; Boesche MH; Yamamoto SY; Killeen J; De buque L; Chen R et al. A relaxinmediated pathway to premture rupture of the foetal membranes that is independent of infection.American journal of obstetrics and gynecology.179 (1) 1998 Jul: 126-34.

38. Mirlesse V. Rupture prématurée des membranes dans infection bactériennes maternofoetales, Journal de pédiatrie de puériculture Suppl 1-2000, éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.

39. Nicaise C; Gire C; Fagianelli P; Debriere R; Thomachot

L ; D'ercole C ; Boubli L ; Conséquences néonatales de la propos rupturée des membranes entre 24et 34 semaines d'aménorrhée ; à propos de 118 grossesses uniques, Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reroduction, 2002, vol31, n^o8 p747-754.

40. Pasquier JC ; Audra P; Boog G ; Martin X ; Meller G. Rupture prématurée des membranes avant 34 semaines d'aménorrhée édition scientifiques et médicales (EMC) Elsevier SAS5-072-B-20.

41. Paucot Henri; Bedrine Henri : La rupture prématurée des membranes in le Francois Paris (6^{ème}) ;1952 :P410-411.

42. Pons J C : Rupture prématurée des membranes au 2^{ème} trimestreIn Papiernick Emile, Dominique Cabrol, Obstétrique, Médecine science, Flammarion Paris, p1584.

43. Queenan JT; Thompson W; Whicfielf CR; Am: Volume du liquide amniotique en fonction du terme de la grossesse, J.Obstet. Gynecol, 1972; 114 : 34-38.

44. Sceine N ;Biquard F; Sarfati R; Barjot P; Foucher F ; Lasse L ;et al .Rupture prématurée des membranes à terme quel délais d'expectative ?Résultat d'une étude prospective multicentrique à propos de 713 cas . J.Gynecol .Obstet Biol.Reprod2001, 30 : 42-50.

45. Seguy B : Hydramnios in complication et accidents de la suite de grossesse, pathologie de l'accouchement, pathologie de la délivrance et des couches .Technique obstétricale, Maloine .SA. Editeur, 27, Rue de l'école de Médecine 75006 Paris 1981 : p62-64.

46. Seguy B et Baudet J H. Les annexes fœtales in Révision accélérée en obstétrique, 2^{ème} édition, Maloine SA, éditeur Paris, 27, Rue de l'école de Médecine 75006,1983 :p57-61.

47. Senat M V. Les corticoïdes dans la maturation pulmonaire fœtale: comment et quand les prescrire ?J.Gynecol Obstet.Biol. Reprod 2002. 31 Supp. N° 7 5S 105-5S 113. Masson Paris 2002.

48. Sissoko M. Accouchement prématuré, Facteurs de risque, prise en charge et devenir immédiat des prématurés dans l'unité de réanimation pédiatrique, thèse de médecine Bamako, 1999 N° 49 120P.

49. Soumani A; Salah-eddine A; Bouhya S; Hermas S; samouh

N ; Himmi A et al : La rupture prématurée des membranes : une prise en charge encore controversée ? La revue : Tunisie médicale, 2000, vol.78, n°2, p90-100.

50. Sylla C. Les endométrites du post partum dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré, à propos de 51cas, thèse de médecine 2004-M : p79.

51. Teguate I. Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital du Point G de 1991à1993, à propos d'une étude cas témoin de 1544 cas, thèse de médecine Bamako 1996 ;no7 :133.

52. Togo A. L'infection urinaire sur grossesse dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré, Thèse de médecine Bamako 1993 N°20.

53. Touko Siani P G. Déclenchement artificiel du travail de l'accouchement à propos de 35 cas, thèse de Médecine 2005 M -94.

54- Traore A L. Efficacité comparée de l'expectative armée et la conduite à tenir dans la prise en charge de la rupture prématurée des membranes à Bamako, thèse de Médecine 2001, no 10.

55. Unal D ; Millet Leclairem ; Bartoli j ; Boubul M et al.

Conséquences néonatales de la RPM, plus de 5jours avant la 34^{ème} semaine de gestation, Revue Française de gynécologie obst1992, 87,5 : 283-287.

56. Ville H ; Fernandez Y ; Frydman R. L'antibiothérapie au cours des ruptures prématurées des membranes avant 37 SA Ne doit être systématique ? La lettre du gynécologue N°199 Février 1995.

FICHE SIGNALITIQUE :

NOM : KEITA

PRENOM : Niériba

TITRE DE LA THESE : Facteurs de risque et pronostic maternofoetal de la rupture prématurée des membranes dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

ANNEE DE SOUTENANCE : 2008-2009

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE DE LA FMPOS

SECTEUR D'INTERET : GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

RESUME :

Fréquences ; soient 102/3583 grossesses dans une étude rétrospective transversale des femmes. Les RPM entre 20 SA et 36 SA font courir les principaux risques suivants :

Pour la mère :

Infection avec un risque de chorioamniotite (2%).

Une femme ayant rompu les membranes avant 32 SA, perd son enfant dans la plupart du temps dans les 24h qui suivent l'accouchement.

A l'enfant :

La prématurité toujours constante mais variable en fonction de l'âge de la grossesse (pronostique sombre avant 32 SA) ; du terme de la naissance; du temps écoulé entre la RPM et l'accouchement (72 heures environs).

L'expectative avec repos, antibiotique, et tocolyse semble être raisonnables.

Les mots clés : RPM, prématurité, infection, antibiotique.

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des **Maîtres** de cette faculté, de mes chers **condisciples**, devant **l'effigie d'Hippocrate**, **je promets** et **je jure**, au nom de **l'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.