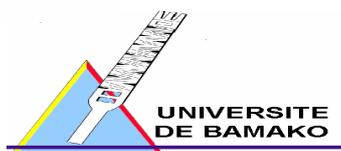


Ministère des Enseignements
Supérieur et de la
Recherche Scientifique



République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie

Année universitaire 2009-2010

N°.....

Titre

**RUPTURE UTERINE AU CSRéf DE
KOUTIALA DE
NOVEMBRE 2008-OCTOBRE 2009
(À propos de 21 cas)**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le/...../ 2010
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-stomatologie

Par Mr. ISSA DIAKITE

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

Jury

Présidente : Pr. SY ASSITAN SOW

Membre : Dr. SOUMANA O TRAORE

Co-directeur : Dr. N'TIAN MAGASSA

Directeur de thèse : Pr. SALIF DIAKITE

DEDICACES

BISMILLAHİ RAHMANİ RAHİMİ

Louange et gloire à **ALLAH** le Tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

A notre **PROPHÈTE MOHAMED** : salut et paix sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons et à tous ceux qui le suivent.

Après avoir rendu grâce à **DIEU**, Je dédie affectueusement ce travail à:

-Mon père ADAMA DIAKITE

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la rigueur, le respect de soi et des autres. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. Ton principal souci a toujours été la réussite et le bonheur de tes enfants pour lesquels tu as consenti des sacrifices incommensurables. Je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils. Ce travail est le couronnement de tes efforts. Puisse ALLAH te garder encore longtemps auprès de nous afin que tu puisses goûter aux fruits de ton labeur.

-Ma mère HABY SOGODOGO

Femme courageuse, brave, croyante, généreuse tu as su bien prendre soin de nous tes enfants. Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que tu as fait pour moi. Grâce à Dieu et à tes bénédictions voilà enfin que je suis devenu ce que tu as voulu que je sois. Puisse le tout puissant t'accorder longue vie dans le bonheur auprès de nous.

-Mon frère feu IDRİSSA DIAKITE :

Humble, joviale et courtois, tu as été pour moi un frère exemplaire. Puisse ALLAH t'accorder le paradis. Dors en paix grand frère .Amen.

-Mes frères et sœurs :

Vous faites la joie de la famille. C'est une fierté de vous avoir comme frères et sœurs. Le lien de sang est sacré et il ne sera que ce que nous en ferons, restons unis et soyons à la hauteur de nos parents. Surtout n'oublions pas que la réussite est au bout de l'effort.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements les plus cordiaux et sincères :

-Au Dr N'Tian MAGASSA

Vous avez été pour moi un maître, un frère, ce travail est le votre ; merci pour tout. Puisse ALLAH renforcer votre bonté et votre générosité et vous guider vers le droit chemin. AMEN.

-Au Dr Mama COUMARE médecin chef du CSRéf de KOUTIALA : merci d'avoir accepté ce travail dans votre centre .Votre vivacité ,votre rigueur,votre sens élevé d'humanisme,votre humilité font de vous un chef exemplaire. Encore merci pour tout cher Docteur.

-Au Dr Félix DIARRA

Votre disponibilité, votre soutien indéfectible et votre sympathie ont accompagné la réalisation de ce travail qui est tout à fait à votre honneur. Qu'il soit le témoignage de ma profonde gratitude.

-Au Dr Appolinaire DEMBELE

Tous mes sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement. Merci pour la franche collaboration et le soutien.

-Au Dr Moustaph COULIBALY

Vous n'avez ménagé aucun effort pour ma formation dans la pratique médicale. Merci.

-Au Dr Adama SANGARE

Merci infiniment pour votre disponibilité.

-Au Dr SANGARE Fanta KANTE

Votre simplicité, et surtout votre souci du travail bien fait font de vous une personne exemplaire. Merci.

-Au Dr Souleymane DIARRA

Votre apport dans ma formation a été considérable. Merci pour votre disponibilité.

-Au Dr Mamadou TOLO

Votre soutien a été un apport inestimable à la réalisation de ce travail. Qu'ALLAH guide vos pas sur le droit chemin.

-A Mes maîtres et encadreur du CSRéf de BLA:

Dr Sidibé Amadou, Dr Diarra Seybou, Dr Mariko Moulay Labass, Dr FOFANA ; en bons maîtres que vous avez été, soyez sûrs que vos pas seront suivis.

-AU Dr TRAORE Moussa, médecin chef du CSRéf de BLA

Vous êtes un exemple de générosité, de travailleur. Vous avez guidé mes premiers pas dans l'exercice de la pratique médicale. Vous avez été pour moi une source de motivation et un modèle à suivre. Merci cher Docteur.

-A ma tante Chata SOGODOGO et mon oncle Kalifa DEMBELE

Vous êtes merveilleux, vous avez été soucieux de mon avenir. Merci infiniment pour tout ce que vous faites pour moi. Vos conseils, vos bénédictions et votre soutien perpétuel, ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est tout à fait à votre honneur. Qu'ALLAH vous donne longue vie et bonne santé.

-A Mme DEMBELE TARRY SIDIBE, Mme DEMBELE OUMOU, mes cousin(es): Fatoumata dite BEBE, NANTENE dite Maman, Awa, Soungalo dit PAPOU, Siriki dit VIEUX Dembélé : ce travail est le fruit de votre soutien.

-A mes camarades de la chambre C10 : Moise Djerma, Yacouba Bagayoko dit Baga, Dramane Dolo, Issa Maiga, Cheick Traoré, Nenefing Samaké, Niama Sissoko, Aimé Christophe Dembélé .

C'est une fierté pour moi de vous avoir comme amis de tous les jours, votre soutien moral et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut. Recevez ici ma profonde gratitude. Ce travail est le fruit de nos efforts conjugués.

Qu'ALLAH nous donne longue vie pour qu'on continue de partager ensemble ces moments de joie qu'on a toujours partagés.

-A mon frère et ami Amadou Sanogo et son Epouse ANA Maria Grillerra

Que le bon Dieu renforce davantage notre amitié. Pour ma part sachez que rien au monde ne pourra porter atteinte à cette amitié si chère à mes yeux.

-A mon ami Ahamadou Sanogo tu m'as toujours impressionné par ta gentillesse, ton sens de l'humour, ta grande force morale.

-A tous le personnel du CSRéf de Koutiala particulièrement les sages femmes et les infirmières obstétriciennes.

Votre très franche collaboration ne sera jamais oubliée. Elle a été des plus utiles dans l'élaboration de ce travail. :

-Aux étudiants faisant fonction d'interne : Mamoutou Soumouthera dit Maxi, Boubacar Sanogo, Youssouf Dembélé, Mahamadou Sanogo, Djala Kanouté ; merci pour la franche collaboration.

-A tous les étudiants de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto stomatologie singulièrement la première promotion du Numerus Clausus:

Vous m'excuserez pour ces quelques lignes seulement en témoignage de mes sincères remerciements. Les mots me manquent pour faire mieux. Je profite de cette occasion pour souhaiter à vous tous bon succès et courage.

-A l'ensemble des professeurs de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Recevez là ma profonde gratitude.

-A tous les enseignants (es) de mon parcours scolaire et universitaire: je vous dois tout. Je suis fier d'avoir été votre élève, votre étudiant. Trouvez dans ce travail, chers Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

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

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

A notre maître et présidente du jury

Professeur Sy Assitan Sow

Professeur honoraire de Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).

Présidente de l'association malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).

Chevalier du mérite national de la santé.

Honorable Maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre dynamisme, l'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli.

Respectée et respectable, votre exemple restera une tache d'huile.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et directeur de thèse,

Professeur DIAKITE Salif

Professeur honoraire de Gynécologie obstétrique à la
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-
stomatologie de Bamako.

Cher Maître,

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

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

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

Qu'ALLAH, le tout puissant vous accorde longévité et santé.

A notre Maître et co- directeur de thèse :

Docteur MAGASSA N'Tian

Gynécologue obstétricien au Centre de Santé de
Référence de Koutiala

Cher maître,

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

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

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

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

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

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

A notre Maître et membre de jury :

Docteur Soumana O Traoré

Gynécologue obstétricien au service de gynécologie-obstétrique du centre de Santé de Référence de la commune V,

Praticien Hospitalier.

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Véritable bibliothèque vivante, vous n'avez cessé de nous fasciner par la grandeur de votre simplicité, l'ampleur de votre expérience et votre rigueur scientifique.

Nous vous prions, cher maître, d'accepter nos sincères remerciements.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

BGR : Bassin Généralement Rétréci

BDCF : Bruit Du Cœur Foetal

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSRef : Centre de Santé de Référence

CU : Contraction Utérine

GR : Groupe Rhésus

Gr : Gramme

HU : Hauteur Utérine

HTA : Hypertension Artérielle

IIG : Intervalle Inter Génésique

C.C.C : Communication pour le Changement de Comportement

Km : kilomètre

Km² : kilomètre carré

L : litre

CPN : Consultation Pré Natale

LBT : Ligature Bilatérale des Trompes

NFS : Numération Formule Sanguine

MmHg : Millimètre de mercure

ml : Millilitre

ONG : Organisation Non Gouvernementale

J : Jour

UI : Unité Internationale

°C : Degré Celcius

% : Pourcentage

< : Inférieur

> : Supérieur

≤ : Inférieur ou égal

≥ : Supérieur ou égal

SOMMAIRE

	PAGES
I-INTRODUCTION	1
II-OBJECTIFS	3
III-GENERALITES.....	4
IV-CADRE ET METHODE D'ETUDE....	20
V-RESULTATS.....	26
VI-COMMENTAIRES	
ET DISCUSSIONS.....	40
-CONCLUSION	
ET RECOMMANDATIONS.....	48
-REFERENCES.....	50
-ANNEXES.....	XX

I-INTRODUCTION

Dans de nombreux pays en voie de développement, en Afrique en particulier, un très grand nombre de femmes accouchent dans des conditions extrêmement précaires, à des dizaines ou des centaines de kilomètres de toute structure médicalisée et avec pour toute assistance celle des accoucheuses traditionnelles. Le travail laborieux va se prolonger pendant des jours avec pour conséquence la rupture utérine et parfois le décès maternel.

Celles qui arrivent dans les CSCom ne bénéficient en général que l'assistance d'une matrone, dont les compétences sont limitées en matière d'obstétrique.

A ceci s'ajoute l'absence de moyen de transport vers les centres susceptibles d'assurer un secours obstétrical efficace.

Arrivée dans ces centres, la parturiente ne trouve pas toujours sur place l'équipe obstétricale capable d'assurer sa «délivrance» avec efficacité et sécurité.

De nos jours, la rupture utérine est exceptionnelle dans les pays développés et ne survient que sur utérus cicatriciel: Son incidence varie entre 1/1000 et 1/1500 aux Etats Unis ; entre 1/1000 et 1/2000 en France [7].

Par contre, elle demeure l'une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales dans les pays en voie de développement où elle occupe avec l'hémorragie qu'elle entraîne 30% des principales causes de décès maternel [15].

Une étude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako montre que la rupture utérine occupe la deuxième place avec une fréquence relative de 20% des décès [14].

La rupture utérine constitue l'un des principaux motifs d'urgences gynéco-obstétricales [39] au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré.

Le traitement curatif de la rupture utérine impose parfois une technique chirurgicale mutilante pour la parturiente arrêtant ainsi définitivement sa

procréation dans un monde où la stabilité de la famille tient le plus souvent aux enfants.

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

Pour mieux cerner ce problème dans le cercle de KOUTIALA où aucune étude n'a porté sur la rupture utérine, nous avons initié ce travail au CSRéf qui est le niveau de référence le plus élevé dans le cercle avec les objectifs suivants :

OBJECTIFS :

Objectif général :

- ◆ Etudier les ruptures utérines au CSRéf de KOUTIALA

Objectifs spécifiques :

- ◆ Déterminer la fréquence des ruptures utérines ;
- ◆ Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des parturientes ;
- ◆ Décrire les aspects cliniques des ruptures utérines ;
- ◆ Rapporter les traitements utilisés et leurs résultats ;
- ◆ Déterminer le pronostic materno-fœtal ;
- ◆ Proposer un schéma prophylactique.

II- GENERALITES

A- DEFINITION :

On appelle rupture utérine toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus gravide. Cette définition exclue les déchirures du col et les perforations utérines consécutives à une manœuvre abortive ou à un curetage [34].

B- ANATOMIE DE L'UTERUS GRAVIDE

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

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

1. Le corps :

1.1.1- Dimensions :

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

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

1.1.3-Consistance et situation :

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

L'utérus est en situation pelvienne en dehors et pendant les premières semaines de la grossesse pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

1.1.4- Direction :

En début de grossesse l'utérus garde son antéversion qui, d'ailleurs peut être accentuée.

Ensuite, il s'élève dans l'abdomen derrière la paroi abdominale antérieure.

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

1.1.5-Rapports :

❖ Au début de la grossesse :

Les rapports de l'utérus sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse. Ils sont encore pelviens.

❖ A terme :

L'utérus est abdominal.

-En avant : sa face antérieure répond à la paroi abdominale. Il n'y a pas d'interposition d'épiploon ou d'anses grêles. Elle rentre en rapport dans ses parties inférieures avec la vessie lorsque celle-ci est pleine.

-En arrière : l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale ; la veine cave inférieure et l'aorte.

-Sur les flancs, les muscles psoas croisés par les uretères une partie des anses grêles.

-En haut : le fond utérin soulève le colon transverse, refoulent l'estomac en arrière et peut rentrer en rapport avec les fosses cotes.

-A droite : il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire.

Le bord droit est tourné vers l'arrière, il rentre en contact avec le cæcum et le colon ascendant.

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

1.1.6- Structure :

Les trois tuniques de l'utérus (séreuse, musculuse, muqueuse) se modifient au cours de la grossesse :

2 – Le segment inférieur :

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

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

Physiologiquement, c'est un organe passif se laissant distendre. Situé comme un amortisseur entre le corps et le col, il conditionne les effets contractiles du corps sur le col.

Il s'adapte à la présentation qu'il épouse exactement dans l'eutocie en s'amaigrissant de plus en plus. Il reste au contraire flasque, épais, distend dans la dystocie.

Dans les bonnes conditions, il laisse aisément le passage au fœtus.

Au point de vue pathologique, il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique :

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

3-Le col de l'utérus :

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

4- Vascularisation de l'utérus gravide :

4.1 Les artères

Les branches de l'artère utérine, augmentent de longueur. Elles s'anastomosent entre elles, mais non avec celles du côté opposé.

Il existe une zone médiane longitudinale peu vascularisée qui est empruntée par l'incision de l'hystérotomie dans les césariennes corporeale.

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

Cette disposition permet la dilatation du col.

4.2 Les veines

Elles sont considérablement développées et forment les gros troncs veineux latéro-utérins. Après la délivrance, les branches corporeale sont soumises à la rétractilité des anneaux musculaires.

4.3 Les lymphatiques :

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

4.4 Innervation

Deux systèmes sont en jeu.

4.4.1 Le système intrinsèque :

Il s'occupe surtout du col et du segment inférieur et donne ainsi à l'utérus une autonomie fonctionnelle relative.

4.4.2 Le système extrinsèque

Il est formé par les plexus hypogastriques inférieurs qui sont plaqués sur la face latérale des viscères pelviens, l'utérus et le vagin mais aussi le rectum et la vessie.

C- Mécanisme des ruptures

1. Théories :

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

1.1 : 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 qui, sans progresser, se loge dans le segment inférieur en le distendant.

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 davantage et fini par se rompre.

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

1.2 : La théorie de l'usure perforante :

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

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

2. Cas particuliers

2.1 Les ruptures corporéales :

Le mécanisme relève d'une faiblesse musculaire, conséquence d'une cicatrice opératoire. C'est la distension de ce point faible, zone amincie et élastique dont l'extension est souvent limitée, qui aboutit à l'apparition de la solution de continuité. La désunion peut se faire vers le début du travail quand les contractions sont de plus en plus rapprochées.

2.2 Les 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-segmentaire simples.

2.3 Les ruptures cervico-segmento-corporéales.

D - LÉSIONS ANATOMIQUES :

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

1- Siège :

On distingue deux grands groupes :

1- 1- Ruptures utérines segmentaires :

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

1-2- Ruptures utérines corporéales:

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

Elles sont très souvent le fait d'une cicatrice antérieure. Elles peuvent être fundiques ou antérieures.

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

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

2- La direction :

Elle peut être :

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

-Oblique ;

-Transversale : cas fréquent des ruptures utérines segmentaires ;

-En « T » ou en « L »

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

3- L'étendue :

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

4- la profondeur : on distingue

4-1-ruptures utérines complètes :

Toutes les tuniques sont intéressées. La lumière utérine est en contact avec la cavité abdominale. Aussi trouve-t-on un hémopéritoine, mélangé parfois à du liquide amniotique ou baigne le fœtus. Le placenta est souvent retrouvé, décollé, dans la cavité abdominale. Les ruptures complètes peuvent siéger aussi bien au niveau du corps que du segment inférieur.

4-2- 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 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.

4-3- Ruptures utérines compliquées :

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

Plusieurs organes peuvent être atteints.

On peut ainsi observer : des lésions intestinales, des lésions Vaginales, des lésions vésicales et/ou urétérales.

Les lésions vésicales entraînent le plus souvent des fistules. Les fistules vésico-vaginales sont les plus fréquemment rencontrées.

Il est une bonne règle de toujours vérifier l'intégrité vésicale après toute intervention obstétricale laborieuse : on introduit une sonde rigide dans la vessie, et on explore au doigt par le vagin, sonde en place. Les fistules recto vaginales sont exceptionnelles.

5- L'aspect des bords lésionnels :

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

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

Les lésions peuvent avoir des bords :

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

- nécrosées ou délabrés et friables.

E- ETIOLOGIES

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

Plusieurs classifications sont possibles :

1- Ruptures pendant la grossesse :

Elles se divisent en deux grands groupes :

1-1- Ruptures utérines provoquées :

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 : arme blanche, arme à feu, corne de bovidé. Il peut s'agir d'une contusion de l'abdomen par accidents de la voie publique [38].

1-2- Rupture utérine spontanée

Les ruptures utérines spontanées sont de véritables ruptures obstétricales.

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

2- Ruptures utérines pendant le travail

Elle se divise en ruptures spontanées et en ruptures provoquées.

2-1- Ruptures spontanées :

Elles ont lieu sans que l'accoucheur n'intervienne.

Les causes sont les unes maternelles les autres ovulaires.

2-1.1- causes maternelles

2-1.1.1. La multiparité

Les ruptures utérines se voient presque exclusivement chez la multipare [32]. Ceci s'expliquerait par les modifications structurales des utérus des multipares. Un des facteurs prédisposant majeurs de la rupture utérine est la grande multiparité [37] ; celle-ci agit par altération de la paroi utérine qui devient ainsi fragilisée [38].

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

2-1.1.3. Malformations pelviennes : quelles soient acquises ou congénitales, les malformations pelviennes sont 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.

2-1.1.4. Tumeurs praevia

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

-Tumeurs bénignes : les kystes de l'ovaire, les fibromes utérins peuvent s'ériger en obstacle infranchissable lors de l'accouchement par voie basse.

-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.

-Cas particulier de l'association cerclage rupture utérine

PUDEUR et WAGNER, cité par [10] rapportent 1 cas de rupture avec cerclage du col. M.KONE [30] au Mali signale 1 cas de rupture au cours du travail avec fil de cerclage en place, donc méconnu.

2-1.2. Causes foeto-ovulaires

2.1.2.1. Causes foetales

Les dystocies d'origine foetale occupent une place très importante à la cause classique de rupture utérine.

-Excès de volumes localisés de fœtus :

Hydrocéphalie : En l'absence de traitement, c'est le cas de rupture utérine par élongation du segment inférieur qui arriverait.

-Excès de volume total du fœtus :

Les gros fœtus provoquent les ruptures utérines par disproportion foeto-pelvienne.

-Présentation dystocique :

En tête on trouve :

La présentation transversale avec « épaule négligée » :c'est une cause classique et se retrouve dans presque toutes les statistiques.

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

La présentation du siège : lorsqu'il y'a rétention de la tête dernière en l'absence de traitement l'accouchement pourrait provoquée l'éclatement du segment inférieur.

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

2.1.2.2. Causes ovulaires

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

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.

-Manœuvres obstétricales

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

Les manœuvres obstétricales non instrumentales :

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

-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.

Les manœuvres obstétricales instrumentales :

Du fait d'une mauvaise technique ou une mauvaise indication le FORCEPS peut engendrer la rupture utérine. Il doit être exécuté par un spécialiste.

F - DIAGNOSTIC DES RUTURES UTERINES

1- Clinique :

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

1.1 Les ruptures utérines précoces :

Il s'agit le plus souvent de :

- Ruptures sur utérus cicatricielles :

Les ruptures utérines des utérus porteurs de cicatrices se caractérisent par une allure sournoise. La femme a quelques signes de choc et à l'examen, les bruits du cœur fœtus ont disparu, l'utérus a changé de forme ; parfois à côté de lui, on perçoit le fœtus sous la paroi. Le choc hémorragique est absent dans la plupart des cas. Il y aura plutôt une hémorragie minime, la cicatrice désunie étant une zone peu vascularisée.

Il peut s'associer une anémie clinique plus ou moins marquée. La connaissance de l'opération antérieure permet de faire aisément le diagnostic.

L'aspect clinique de la rupture frustre doit faire insister sur la nécessité d'une révision utérine de prudence après un accouchement aussi banal soit-il sur un utérus cicatriciel ou fragilisé.

1.2 Les ruptures utérines tardives :

1.2.1 Rupture spontanée :

1.2.1.1 Forme franche classique :

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

On dénote trois temps :

-Premier temps (prodrome) :

L'accident ne saurait se produire avant l'ouverture de l'œuf. En effet, l'accident va de pair avec la rétraction utérine dont la condition est la rupture des membranes. Il apparaît alors les signes de rétractions utérines. La dystocie utérine s'aggrave.

Par exemple, l'épaule qui se présente tend à s'engager ou au contraire, la tête qui se présente reste élevée et ne cesse de déborder le plan de la symphyse. L'accouchement traîne en longueur. L'utérus intensifie le rythme et la durée des contractions qui deviennent subintrantes. La parturiente souffre de façon continue, sans répit même dans l'intervalle des contractions. Aux anomalies de la contraction s'ajoutent la dilatation du col, qui s'oedemati 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'élonge, s'étire : c'est le signe de BANDL-FROMMEL ;

La palpation note souvent un maximum sus-pubien de la douleur provoquée, surtout il y a une ampliation et un amincissement extrême du segment inférieur qui s'individualise du corps utérin par un sillon qui donne

à l'ensemble de l'utérus une forme de sablier grossie du bas et diminuée du haut; le fœtus succombe.

-Troisième temps

C'est la phase de la rupture de utérus.

.Signe fonctionnels et généraux : c'est le drame de la rupture utérine qui est le plus souvent d'une extrême violence. La femme ressent une douleur « atroce en coup de poignard » qui se trouve localisé à un point de l'abdomen. Elle a l'impression qu'un liquide chaud s'écoule dans son ventre.

Souvent, au contraire, les douleurs cessent ; le fœtus s'échappe dans l'abdomen, l'utérus est libéré, un bien être apparent peut survenir ;

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

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

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

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

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

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

1.2.1.2 Formes cliniques :

-Formes insidieuses : les désunions d'une cicatrice de césarienne antérieure en sont l'étiologie principale. En général la symptomatologie est discrète. Elle peut 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.

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.

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 les manœuvres instrumentales ou manuelles destinées à extraire le fœtus, donc pratiquées sous anesthésie ; celle-ci va masquer les deux premiers temps de la pré rupture et de la rupture, la femme endormie ne pouvant pas traduire de symptômes douloureux.

Quant aux signes de rupture confirmée, ils sont absents : pas de signes fœtaux, le fœtus étant déjà extrait.

Trois faits doivent 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 du sang.

Dans tous les cas, il est essentiel, chaque fois qu'on fait une intervention obstétricale difficile, de pratiquer une révision utérine.

1.2.3 Après perfusion d'ocytocique.

2- Diagnostic positif

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

2.1 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.

2.1.1 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 incomplète.

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 praevia :

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.

G- TRAITEMENT

Toute rupture utérine diagnostiquée doit être opérée en urgence.

Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale, qui permet seule d'apprécier l'étendue des lésions.

1. Traitement chirurgical : Deux techniques sont possibles.

1.1 L'hystérectomie :

Elle est indiquée, lorsque la rupture est importante ; compliquée de lésions de voisinage ; chaque fois qu'elle est contuse, irrégulière, étendue, accompagnée de lésions vasculaires, quand elle date de plus de 6 heures, ou encore si, même moins grave, elle survient chez une multipare relativement âgée [13]. Autant que possible, les ovaires sont conservés.

1.2 L'hystérorraphie :

Cette opération conservatrice, dont les avantages sont considérables chez une jeune femme, doit être techniquement réalisable quand la section utérine n'est pas trop étendue, non compliquée de lésion voisines.

Interviennent aussi dans la décision, l'âge de la femme, le nombre d'enfant vivant. Son état général, le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire, l'infection potentielle.

1.3 Autres gestes

- 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 la méthode contraceptive la plus efficace et de loin la moins contraignante [40].

-Traitement des lésions associées ; déchirures vaginales et cervicales : par du fil résorbable. La réparation immédiate des plaies vésicales est parfois possible si elle est nette et facilement accessible. Le sondage se fait pendant quinze jours sous antibiotique. Le plus souvent, mieux vaudra attendre trois mois pour un traitement conséquent.

2. Traitement du choc :

Il est entrepris si possible dès que la rupture est reconnue. On ne saurait trop insister sur la fragilité de ces malades.

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

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

3. Traitement anti-infectieux

Les antibiotiques seront administrés à fortes doses par voie parentérale à titre préventif pendant plusieurs jours.

H – Pronostic

1- Pronostic foetal

L'aspect le plus dramatique de la rupture utérine est son caractère foeticide. Dans les ruptures spontanées, le pronostic foetal est encore plus mauvais. Le fœtus a succombé pendant la période de rétraction utérine, ou meurt après la rupture.

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

2- Pronostic maternel

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

2-1- 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.

2-2- Morbidité maternelle

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

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

Passé 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.

-remplir correctement les partogrammes et référer les parturientes dès que la zone d'alerte est franchie.

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

-faire la promotion du planning familial.

Tous les accoucheurs doivent avoir à l'esprit cette assertion qui dit que : le soleil ne doit jamais se coucher deux fois sur le même travail » [21]

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

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 praevia antérieur inséré sur la cicatrice,

- les surdistensions utérines (hydramnios, grossesse gémellaire, macrosomie)

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

1.2.2 L'épreuve de travail

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

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

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.

III- CADRE ET METHODE D'ETUDE

A- CADRE D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala.

1- Aperçu historique :

Créé en 1903 après la pénétration française, Koutiala est une déformation de koulé Dianka ce qui signifie en langue Minianka le village des fils de koulé.

Ce vieux village malien devenu ville au XIXe siècle, connu un essor économique au lendemain de la seconde guerre mondiale (1939-1945).

Commune mixte depuis 1939, elle devint commune de plein exercice en 1966.

Koutiala est membre de la fédération mondiale des villes jumelées. Depuis 1964, Koutiala est jumelé à la ville d'Alençon (France)

2-Données Géographiques :

Situation : Il est situé dans la troisième région du Mali (Sikasso). Le cercle couvre une superficie de **12270 Km²**.

Il est limité :

- Au Nord par les cercles de San et Bla,
- Au Sud par le cercle de Sikasso et la république du Burkina Faso,
- A l'Est par le cercle de Yorosso,
- A l'Ouest par les cercles de Dioila et Bougouni,

Relief : Le relief est constitué par une plaine soudanaise typique avec des sols sablonneux ou latéritique.

Climat : de type soudanien, il est caractérisé par l'alternance de deux saisons à savoir la saison sèche et la saison pluvieuse.

Hydrographie : Le cercle ne possède pas de cours d'eau important. Quelques rivières comme : le Konia et le Pimpedogo alimentent le Bani qui est un affluent du Niger.

Végétation : La savane constitue l'essentiel de la végétation. Le couvert végétal est généreux au fur et à mesure que l'on se déplace vers l'ouest.

La population : de Koutiala est estimée à 574.858 habitants, la densité moyenne est de 47 habitants au Km² (SIS), le taux d'accroissement naturel est de 2,7%.

Religions : l'Islam, le Christianisme et l'animisme cohabitent pacifiquement.

Ethnies : sont principalement les Minianka, Bambara, Senoufo, Bobo.

Les rites culturels: le Nia, le Komo, le Mania, sont toujours conservés.

Transport et communication : Koutiala est le carrefour de deux grands axes goudronnés :

-Axe Ségou-Koutiala-Bobo Dioulasso.

-Axe Mopti-Koutiala-Sikasso.

Les moyens de communication sont le RAC et le téléphone.

Il y a neuf stations radio rurales dans la ville de Koutiala en plus de la station FM de l'ORTM.

3-Organisation administrative :

Le cercle de Koutiala est subdivisé en 36 communes dont la commune Urbaine de Koutiala avec 266 villages. La ville de Koutiala se compose de 12 quartiers.

4-Activités économiques :

L'agriculture : elle est traditionnelle dans le cercle de Koutiala, elle est destinée aux cultures vivrières. Les cultures de rentes sont le coton et le sésame.

Élevage : Il est sédentaire avec les espèces qui sont : les bovins, les ovins et les caprins.

Industrie : Koutiala est la 2^{ième} ville industrielle du Mali avec 5 usines d'engrainage du coton CMDT, 2 usines de raffinage des grains de coton en huile (HUICOMA et SNF).

5-Organisation du système de santé :

L'aire de santé du CSRéf de Koutiala est composée de 42 CSCOM dont 40 fonctionnels. 2 ambulances relient ces CSCOM au CSRéf en cas de référence/évacuation. Les moyens de communications sont le RAC et le téléphone.

-Unité de soins, d'accompagnement et conseil (USAC) des personnes Vivant avec le VIH.

-Le personnel du centre de santé de référence Koutiala :

-Médecins.....10	-Matrones.....4
-Pharmaciens.....2	-Chauffeurs.....5
-Assistants médicaux...11	-Gestionnaire.....1
-biologiste.....1	-Comptables.....6
-infirmier d'état.....11	-Aide comptables...3
-Sage femmes.....9	-Secrétaires.....2
- Infirmières obstétriciennes...3	-Gardien.....1
-infirmières 1 ^{er} cycle.....7	-Etudiants thesard...6
-Aides soignants.....3	-Techniciens de surface...7

B- METHODE D'ETUDE :

1. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} novembre 2008 au 31 octobre 2009 inclus soit une période de 12 mois.

2. Population d'étude :

Toutes les femmes en travail reçues à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala et ayant présentées une rupture utérine.

3. Type d'étude :

Étude prospective descriptive.

4. Echantillonnage :

4.1 Méthode d'échantillonnage : Méthode non probabiliste.

4.2 Technique d'échantillonnage: Choix exhaustif de toutes les ruptures utérines survenues au cours du travail et reçues à la maternité du centre de santé de référence de KOUTIALA.

5. Recrutement et éligibilité :

5.1 Critères d'inclusion : Toute rupture utérine chez une femme en travail évacuée ou non et prise en charge au centre de santé de référence de Koutiala.

5.2 Critères de non inclusion :

-Les déchirures ou éclatements limités du col utérin,

- Les plaies de l'utérus gravide d'origine traumatique,
- Les perforations utérines survenant lors d'un avortement provoqué,
- Les ruptures utérines en dehors du travail.

6. Recueil des données :

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

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

7. Définitions opératoires :

Référence : C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence.

Evacuation : C'est lorsque la patiente est adressée à un service plus spécialisé dans un contexte d'urgence.

Pronostic materno-fœtal : Nous entendons par pronostic materno-fœtal l'issue de l'accouchement pour la mère et le fœtus en terme de mortalité et de morbidité.

Grossesses non suivies : Femme n'ayant fait aucune consultation prénatale.

Parité : C'est le nombre d'accouchement chez la femme.

Nullipare : zéro accouchement,

Primipare : un accouchement,

Paucipare : deux à trois accouchements,

Multipare : quatre à cinq accouchements,

Grande multipare : supérieur ou égal à six accouchements.

Gestité : C'est le nombre de grossesse chez la femme.

Primigeste : première grossesse,

Paucigeste : deux à trois grossesses,

Multigeste : quatre à cinq grossesses,

Grande Multigeste : supérieur ou égal à six grossesses.

Fièvre : Toute température supérieure ou égale à 38°C chez une femme enceinte est considérée comme fièvre.

Anémie : chez la femme enceinte est définie comme étant un taux d'hémoglobine inférieur ou égal 11 grammes par décilitre.

Délai d'admission : Temps écoulé entre la prise de décision d'évacuation et l'admission au CSRéf.

IV-RESULTATS

1- FREQUENCE :

Nous avons recensé 21 cas de ruptures utérines sur 1263 accouchements soit une fréquence de 1,66 % c'est-à-dire 1 rupture utérine pour 60 accouchements pendant une période de 12 mois.

2- CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUE :

Tableau I: Répartition selon la tranche d'age

Age	effectif	%
≤19 ans	1	4,80
20-34 ans	5	23,80
≥35 ans	15	71,40
Total	21	100

Moyenne : 25,43 ± 0,447 ; Médiane : 30 ans ; Extrêmes : 17 et 45 ans.

Tableau II: Répartition selon la profession

Profession	effectif	%
Sans profession	20	95,20
Vendeuse	1	4,80
Total	21	100

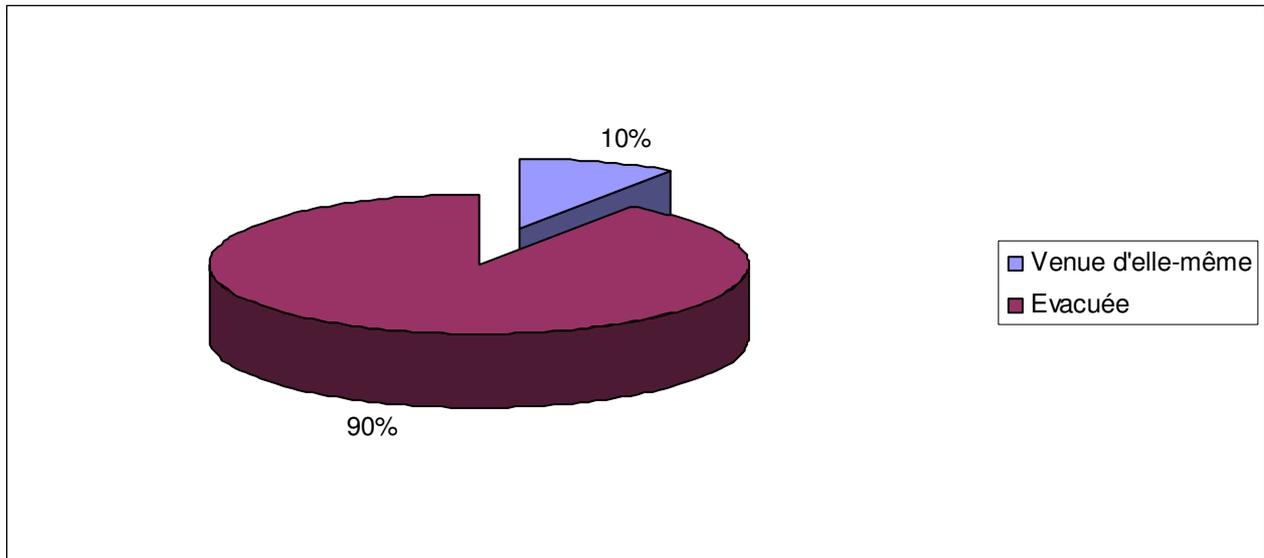
Tableau III: Répartition selon le niveau d'instruction

Niveau d'étude	effectif	%
Non instruite	20	95,20
Primaire	1	4,80
Total	21	100

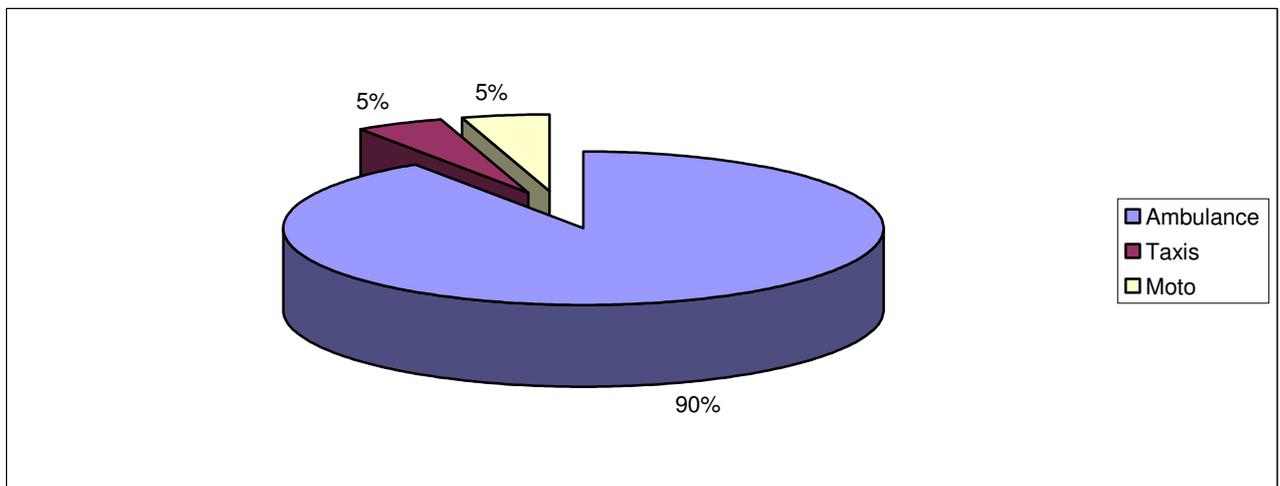
Tableau IV: Répartition selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	effectif	%
Mariée	21	100
Célibataire	0	0
Total	21	100

3-MODE D'ADMISSION :



Graphique 1 : Répartition des parturientes selon le mode d'admission



Graphique 2 : Répartition des parturientes selon le moyen de transport

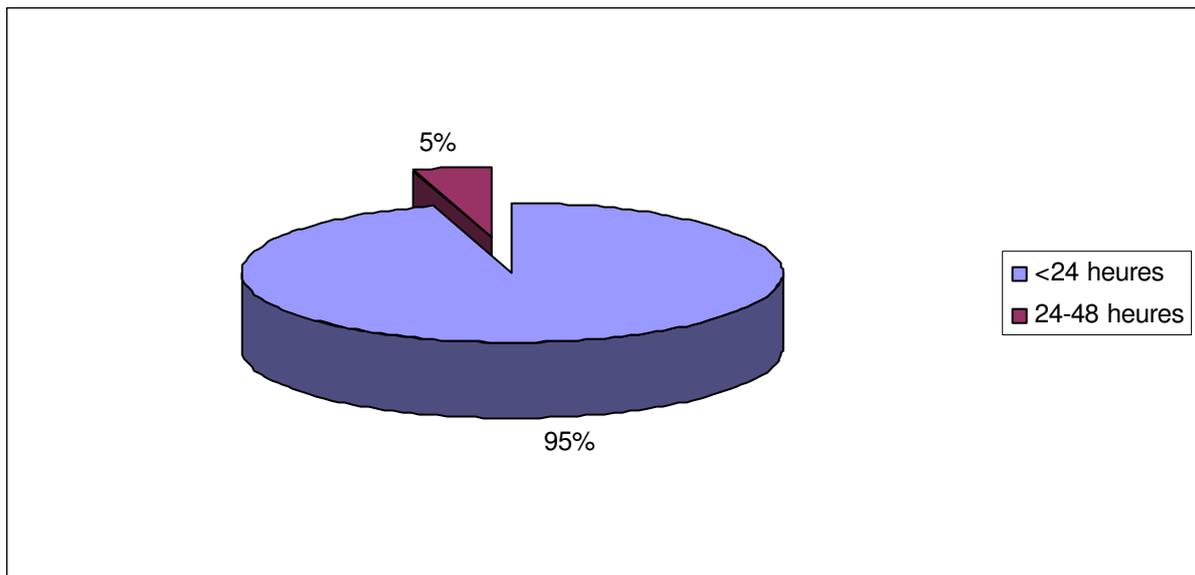
Tableau V : Répartition des parturientes selon la provenance

Provenance	effectif	%
Ville de KOUTIALA	2	9,50
Hors de KOUTIALA	19	90,50
Total	21	100

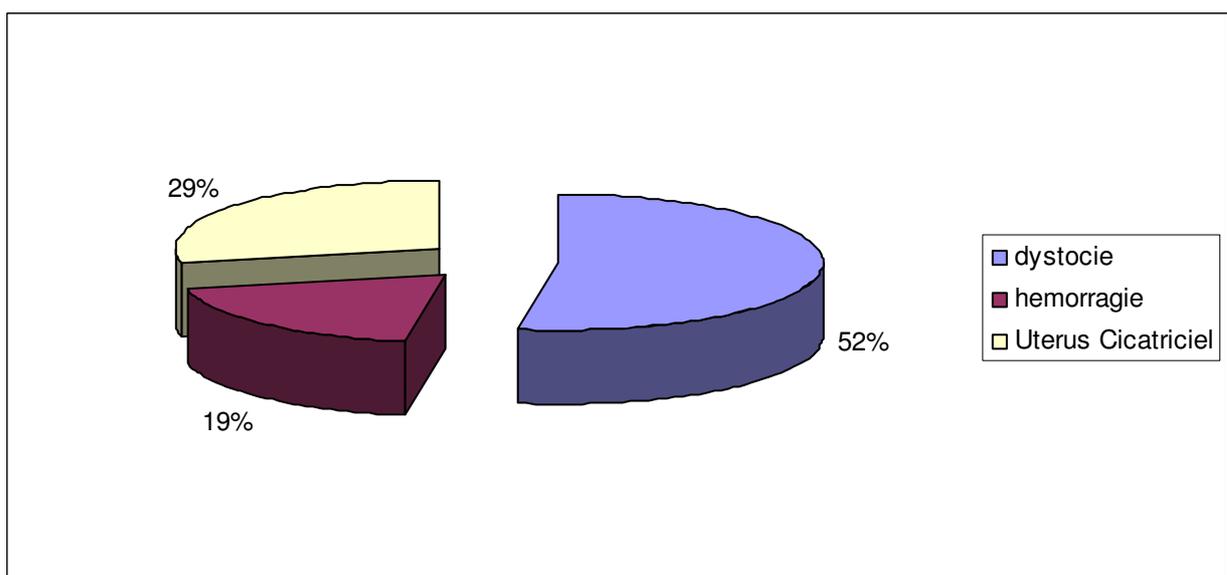
Tableau VI: Répartition selon la distance parcourue

Distance parcourue	Effectif	%
≤15 Km	2	9,50
15 -45 Km	6	28,60
45-75 Km	13	61,90
Total	21	100

NB : Distance extrême : 2 et 75 Km. Distance moyenne : 45 Km



Graphique 3 : Répartition des parturientes selon le délai d'admission



Graphique 4 : Répartition selon le motif d'évacuation

4-ANTECEDENTS :

Tableau VII: Répartition des parturientes selon la gestité

Gestité	Effectif	%
Primigeste	0	0
Paucigeste	5	23,80
Multigeste	3	14,30
Grande Multigeste	13	61,90
Total	21	100

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon la parité

Parité	Effectif	%
Primipare	4	19
Paucipare	3	14,30
Multipare	5	23,80
Grande multipare	9	42,90
Total	21	100

Tableau IX : Répartition selon l'intervalle intergenesique

IIG	Effectif	%
<1ans	5	23,80
1-2ans	11	52,40
>2ans	5	23,80
Total	21	100

NB : Les extrêmes sont 6 mois et 5 ans.

Tableau X : Répartition selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	%
Aucun	20	95,2
HTA	1	4,8
Total	21	100

Tableau XI : Répartition selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	%
Césarienne	6	28,6
Aucun	15	71,4
Total	21	100

5- SUIVI DE LA GROSSESSE ACTUELLE

Tableau XII : Répartition selon le suivi de la grossesse

CPN	effectif	%
Oui	5	23,80
Non	16	76,20
Total	21	100

Tableau XIII: Répartition selon le nombre de CPN

Nombre CPN	effectif	%
1	3	60
2	1	20
3	1	20
Total	5	100

Tableau XIV : Répartition selon le début de la CPN

Début CPN	effectif	%
1 ^{er} trimestre	1	20
2^{eme} trimestre	3	60
3 ^{eme} trimestre	1	20
Total	5	100

Tableau XV: Répartition selon l'auteur de la CPN

Auteur	effectif	%
Matrone	4	80
Sage femme	1	20
Total	5	100

Tableau XVI: Répartition selon le lieu de la CPN

Lieu	effectif	%
CSCCom	4	80
CSRéf	1	20
Total	5	100

6- TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT:

Tableau XVII: Répartition selon le lieu de déroulement du travail

Lieu	Effectif	%
CSCOM	13	61,90
CSRéf	2	9,50
Domicile	6	28,60
Total	21	100

Tableau XVIII: Répartition selon la dilatation à l'admission

Dilatation	effectif	%
Complète	10	47,62
Incomplète	11	52,38
Total	21	100

Tableau XIX: Répartition selon le lieu de la rupture utérine

Lieu	effectif	%
CSRéf	2	9,50
CSCom	13	61,90
Domicile	6	28,60
Total	21	100

7- CLINIQUE :

Tableau XX: Répartition selon l'état général à l'admission

Etat général	effectif	%
Bon	17	83,34
Passable	2	11,90
Mauvais	2	4,76
Total	21	100

Tableau XXI : Répartition selon l'état des conjonctifs

Conjonctif	effectif	%
Colorées	15	71,42
Pales	6	28,58
Total	21	100

Tableau XXII : Répartition selon la tension artérielle

Tension artérielle	Effectif	%
>140/90 mmHg	1	4,80
100/60 et 140/90 mmHg	11	52,40
<100/60 mmHg	9	42,80
Total	21	100

Tableau XXIII : Répartition selon les signes cliniques

Signes cliniques	Effectif	%
Hémorragie	8	38
Absence de CU	6	28,6
Fœtus sous la peau	6	28,6
Hyperthermie	1	4,8
Etat de choc	4	9,6

Tableau XXIV: Répartition selon la circonstance de survenue

Circonstance de survenue	Effectif	%
Spontanée sur utérus sain	13	61,90
Spontanée sur utérus cicatriciel	6	28,60
Provoquée sur utérus utérus sain	2	9,50
Provoquée sur utérus cicatriciel	0	0,00
Total	21	100

Tableau XXV : Répartition en fonction de la hauteur utérine

Hauteur utérine	effectif	%
<36	13	61,90
≥36	8	38,10
Total	21	100

Tableau XXVI: Répartition des parturientes en fonction des BDCF à l'admission

BDCF	effectif	%
Présents	1	4,80
Absents	20	95,20
Total	21	100

Tableau XXVII: Répartition en fonction de l'état du bassin

Etat du bassin	Effectifs	%
Normal	14	71,40
Limite	6	23,80
Généralement rétréci	1	4,80
Total	21	100

Tableau XXVIII : Répartition en fonction de la présentation

Présentation	effectif	%
Céphalique	13	62
Transversale	5	23,80
Siège	3	14,20
Total	21	100

Tableau XXIX: Répartition en fonction de la circonstance de diagnostic

Diagnostic	Effectif	%
Préopératoire	19	90,48
Per opératoire	2	9,52
Total	21	100

8- EXAMEN PARACLINIQUE :

Tableau XXX: Répartition en fonction du bilan biologique effectué à l'admission

Groupe rhésus +taux d'Hb	Effectif	%
Fait	21	100
Non fait	0	0
Total	21	100

NB : le groupe sanguin et le taux d'hémoglobine ont été demandés systématiquement chez toutes les parturientes.

Tableau XXXI: Répartition en fonction de la valeur du taux d'hémoglobine (g /dl)

Taux d'hémoglobine	effectif	%
≥11g/dl	4	19
10-7g /dl	7	33,4
<7g/dl	10	47,6
Total	21	100

9- LESIONS ANATOMIQUES :

Tableau XXXII : Répartition en fonction du siège de la rupture

Siège de la rupture	Effectif	%
Segmentaire	19	90, 50
Segmento-corporéale	2	9, 50
Corporéale	0	0
Total	21	100

Tableau XXXIII : Répartition en fonction du type de rupture

Type de rupture	effectif	%
Complète	16	76,20
Sous-séreuse	5	23,80
Total	21	100

Tableau XXXIV : Répartition en fonction des lésions associées

Lésions associées	effectif	%
Oui	13	61,9
Non	8	38,1
Total	21	100

Tableau XXXV : Répartition en fonction du type de lésions associées

Type lésions associées	Effectifs	%
Pédicule vasculaire	7	33,30
Vessie	2	9,60
Vagin	1	4,80
Col	3	14,30
Aucun	8	38
Total	21	100

10-ATTITUDE THERAPEUTIQUE :

Tableau XXXVI : Répartition en fonction du besoin de transfusion

Transfusion	effectif	%
Oui	17	80,95
Non	4	19,05
Total	21	100

Tableau XXXVII : Répartition en fonction des parturientes transfusées

Transfusées	Effectifs	%
Oui	10	47,60
Non	11	52,40
Total	21	100

Tableau XXXVIII: Répartition en fonction de la quantité de sang transfusée

Nombre	Effectifs	%
Aucune	11	52,40
2unités de 450ml	5	23,80
3unités de 450ml	5	23,80
Total	21	100

Tableau XXXIX: Répartition en fonction du mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectifs	%
Voie haute	19	90,50
Voie basse	2	9,50
Total	21	100

Tableau XXXX: Répartition en fonction du type d'intervention

Type d'intervention	Effectif	%
Hysterorraphie simple	13	61,90
Hysterorraphie + LBT	8	38,10
Total	21	100

Tableau XXXXI: Répartition en fonction du type d'antibioprophylaxie

Type d'antibioprophylaxie	Effectif	%
Monothérapie par amoxicilline	15	71,40
Bithérapie par amoxicilline et Metronidazole	6	28,60
Total	21	100

11- SUITES OPERATOIRES :

Tableau XXXXII : Répartition en fonction des suites opératoires

Suite opératoire	effectif	%
Simple	16	76,20
Complicquée	5	23,80
Total	21	100

Tableau XXXXIII: Répartition en fonction du type de complications

Type de complications	Effectifs	%
Endométrite	2	9,52
Fistule vésico-vaginales	3	14,28
Aucun	16	76,2
Total	21	100

Tableau XXXXIV : Répartition en fonction de la durée de l'hospitalisation

Durée de l'hospitalisation (en jour)	Effectifs	%
1	1	4,80
6	4	19
7	12	57,10
11	1	4,80
12	2	9,50
14	1	4,80
Total	21	100

NB : une patiente est décédée le jour de l'intervention.

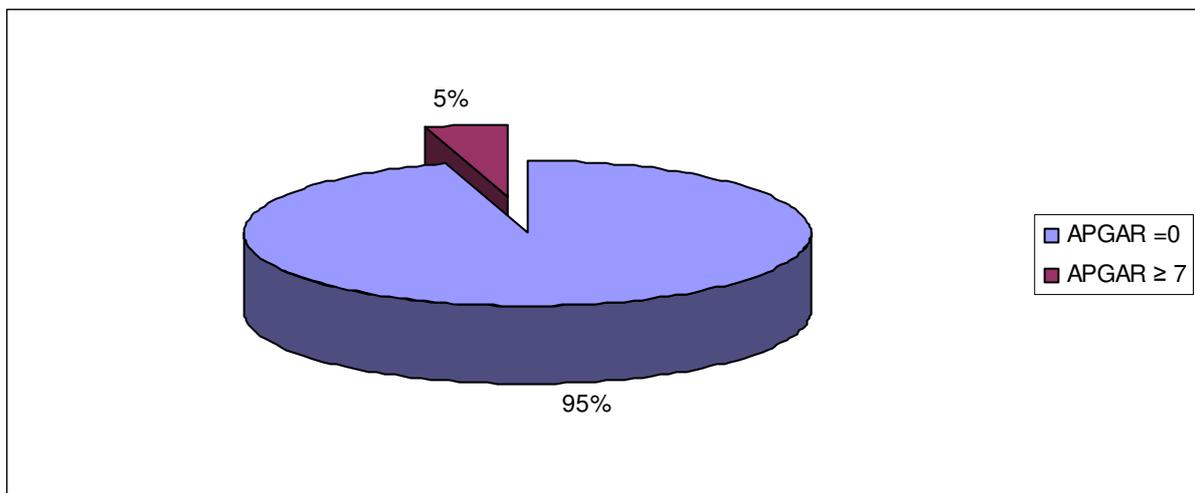
12-PRONOSTIC :

Tableau XXXXV: Répartition en fonction du pronostic maternel

Pronostic maternel	Effectif	%
Vivante	20	95,20
Décédée	1	4,80
Total	21	100

Tableau XXXXVI: Répartition en fonction du pronostic foetal

Pronostic foetal	Effectif	%
Vivant	1	4,80
Mort-né	20	95,20
Total	21	100



Graphique 5: Répartition en fonction du score d'ApGAR des nouveaux nés à la 1^{ère} minute

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1-La fréquence :

Durant douze mois, il a été enregistré dans le service 1263 accouchements.

La fréquence des ruptures utérines se chiffrait par rapport aux accouchements à 1,66% (une rupture pour 60 accouchements)

La fréquence de 1,66 % trouvé dans notre étude était supérieure à celle de M.COSSON [28] en France (une rupture pour 1299 accouchements), de M.A ZHIRI [27] au Maroc (une rupture pour 223 accouchements), de MILLER D.A (29) USA (une rupture pour 1684 accouchements).Ce taux élevé par rapport à ces pays fortement médicalisés s'expliquait par : la négligence des consultations prénatales, les tentatives d'accouchement à domicile,le retard de diagnostic et de référence des accouchements dystociques par les CSCom.

Nous avons constaté que notre taux de rupture utérine était inférieur à celui de YR ABAULETH [43] en Cote d'Ivoire (une rupture pour 41 accouchements), C.VANGEENDERHUYSEN [8] au Niger (une rupture pour 42 accouchements), cela s'explique par la gratuité des frais de transport des urgences obstétricales et de la césarienne dans notre pays.

2-Les caractéristiques des patientes et du transfert

2-1-L'age :

La rupture utérine s'observait à tous les âges de la procréation avec des extrêmes de 17 et 45 ans. L'âge moyen de nos patientes était de 30 ans. La tranche d'âge comprise entre 30 et 45 ans représentait 71,2%. Ces dernières négligent de plus en plus les consultations prénatales et s'habituent aux accouchements à domicile. Selon M.KONE [30] les âges extrêmes de la procréation constituent les âges à risque élevé ; c'est-à-dire les âges inférieurs à 15 et supérieurs à 35 ans. Par contre CHEN YU. [6] trouvait que ce facteur intervient peu.

En effet, l'immaturation des bassins chez les femmes mariées précocement est un facteur non négligeable qui les expose à la rupture utérine.

2-2-La parité :

Les grandes multipares représentaient 42,9 %, les multipares 23,8%. Les paucipares étaient également concernées, elles représentaient 14,3 %. Les primipares ne sont pas épargnées, elles représentaient 19 %.

Nous rejoignons les auteurs comme BOHOUSSOU K. [3], DIOUF A. [11], VEDAT .A [42] pour dire que la fréquence des ruptures utérines croît avec la parité. M.COSSON [28] trouvait que la multiparité par le biais des modifications histologiques du muscle utérin, peut être à l'origine des ruptures utérines.

Nous sommes du même avis que BOHOUSSOU [03], N'GASSA [32], TRAORE Y. [41] qui trouvaient que " la prédisposition des multipares à la rupture utérine est une notion classique qui mérite d'être conservée " par une vigilance accrue.

2-3-Le niveau socio-économique, La provenance et le mode d'admission

La grande majorité des parturientes admises dans notre service pour rupture utérine étaient des ménagères (95,2%) non instruites (95,2%) vivant avec leur mari (100%) et provenant du milieu rural (90,5%).

Compte tenu de l'insuffisance de la couverture sanitaire du pays, la plupart n'ont pas facilement accès aux structures sanitaires pour une surveillance adéquate de leur grossesse et de leur accouchement. Par ailleurs, même dans certaines zones disposant de structures sanitaires, les femmes ne s'y rendaient que devant des complications rencontrées par l'accoucheuse traditionnelle pour des raisons diverses. C'est ainsi que 76,20% n'ont effectué aucune surveillance prénatale.

Nous partageons l'avis de DIOUF A. [11] qui disait que le bas niveau socio-économique dans nos pays intervient dans la genèse des ruptures utérines, en réduisant l'accès aux soins médicaux.

C.T.CISSE [7], trouvait que 60 à 70% des cas de ruptures utérines en Afrique s'observent chez les femmes de classe économiquement faible issues pour la plupart du milieu rural où des zones suburbaines déshéritées.

En ce qui concerne le mode d'admission de nos parturientes 19 cas (90,5%) ont été évacués des CSCom ,2 cas (9,5%) venu de leur domicile. Ce résultat

est conforme à celui de DRABO A. [13] qui trouvait 94% de parturiente évacuée et 6% venues de leur domicile.

La distance moyenne était de 45 km avec des extrêmes de 2 km et 75 km.

3 - Antécédents

Sur les 21 cas de ruptures utérines, 6 parturientes soit 28,6% présentaient un antécédent de césarienne. Ce résultat est inférieur à celui de C.VANGEENDERHUYSEN [8] qui trouvait au Niger 52% d'utérus cicatriciel, et supérieur à celui de LANKOANDE J. [22] qui trouvait 7,5% à Ouagadougou, C.T CISSE [7] qui trouvait 18% a Dakar.

Cependant, il faut noter l'absence d'antécédent de curetage chez nos parturientes contrairement à certains auteurs comme MERGER R. [34] qui insiste sur le rôle traumatisant des curettes comme facteurs favorisant le risque de survenue de la rupture utérine.

En ce qui concerne l'intervalle intergénéral, 23,8% des parturientes avaient un intervalle inférieur à 12 mois.

La réduction de cet intervalle est considérée comme facteur de risque en raison des modifications histologiques du muscle utérin selon M.COSSON [28], et MEICLER P. [31]

4 – Etude clinique :

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

La fièvre a été retrouvée chez l'une de nos parturientes avec une température à 38,5°C. Par contre DIOUF A. [11] a trouvé 17,1% de fièvre associées à la rupture.

A l'admission, 4 parturientes étaient en état de choc. Quant à l'anémie, elle fut appréciée par l'état des conjonctives et des muqueuses. Sur les 17 parturientes (80,95%) qui présentaient un besoin transfusionnel, 10 (dix) ont pu bénéficier d'une transfusion. DIOUF A. [11] trouvait dans son étude 20% d'anémie.

5 – Les circonstances de survenues de la rupture utérine

La rupture s'est produite dans tous les cas au cours du travail. Nous avons noté dans notre série deux cas de rupture utérine constatés dans le service.

Il s'agissait de ruptures découvertes lors de la révision utérine après accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel.

Dans 28,6% des cas il s'agissait de rupture au cours d'une tentative d'accouchement à domicile.

Dans 61,9% des cas la rupture s'est produite dans une autre formation sanitaire (soit une maternité rurale, un centre de santé communautaire) donc due au retard d'évacuation.

6 – Circonstance du diagnostic

Dans notre série, la symptomatologie était dominée par l'hémorragie d'abondance variable (38%), le choc (9,6%), avec la présence du fœtus sous la peau (28,6%), l'absence de contraction dans (28,6%) des cas. Le diagnostic a été posé avant toute intervention dans 19 cas (90,48%). Les symptômes cités dans la littérature sont l'hémorragie et le choc en cas d'utérus cicatriciel, les anomalies du rythme cardiaque fœtal et l'aspect sanglant du liquide amniotique en cas d'utérus cicatriciel (7). La douleur abdominal aigüe est citée par MILLER D.A (29). ZINE notait le caractère asymptomatique de la pathologie retrouvé dans 66% des cas de rupture sur utérus cicatriciel (44).

Dans 2 cas (9,52%) la découverte de la rupture a été faite lors de la césarienne indiquée soit pour syndrome de pré rupture, ou pour présentation dystocique.

Ce taux de découverte de la rupture utérine en per opératoire est supérieur à celui de KONARE avec 80,4% à Mopti (45).

7 – Les facteurs étiologiques :

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

7 -1- Les ruptures survenant sur utérus sain :

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

7 -1-1- les ruptures spontanées

Elles représentaient dans notre étude 57,1 %. Les présentations dystociques, considérées comme causes classiques des ruptures utérines représentaient 23,80% des cas, contre 9,6% chez M.A. ZHIRI [27].

Notre taux de rupture d'utérus sain était supérieur à celui de DIOUF A [11]. Cependant, il faut signaler l'absence de malformation utérine et d'antécédent de curetage chez nos parturientes.

7-1-2 les ruptures iatrogènes :

On a noté l'utilisation d'ocytocique dans 2 cas (9,5%). ZINE .S [44] a trouvé dans son étude 53,8% de ruptures iatrogènes dont 23,1% d'utilisation d'ocytocique.

Les ocytociques étaient administrés dans 46% des cas de rupture dans la série de CHEN LH (5).

Utilisé sans discernements, sans respect des contre-indications ou sans surveillance lors de l'administration, les ocytociques peuvent devenir rapidement de redoutables facteurs étiologiques de rupture utérine.

Nous n'avons enregistré aucun cas de rupture par manœuvre obstétricale.

7 -2-les ruptures survenant sur utérus cicatriciel

Les désunions de cicatrices utérines qui sont les formes de ruptures les plus fréquents dans les pays développés (5), représentaient 28,6% dans notre série. La cicatrice utérine se retrouvait dans 75% des cas en (44) Tunisie, (7) Sénégal 18%, (20) Togo 27%, [3] Côte d'Ivoire 22,27 %.

Un tissu cicatriciel présente toujours moins de souplesse et d'élasticité que le tissu sain F. VENDITELLI [17].

Pour SHIPP (36), un délai inférieur à 18 mois entre une césarienne et un nouvel accouchement multiplie par trois le risque de rupture utérine.

8- Les lésions anatomiques

Il s'agissait d'une rupture complète dans 16 cas (76,2%) contre 5 cas de ruptures sous-séreuse soit 23,8%.

Le siège de la rupture était segmentaire dans 19 cas (90,5%) Segmento-corporéale dans 2 cas (9,5%). Nous n'avons pas eu de rupture typiquement corporéale.

Dans notre étude les ruptures complètes étaient de loin les plus fréquentes comme chez la plupart des auteurs contemporains BOHOUSSOU K. [3], DIOUF A. [11], M. COSSON [28].

Selon MA. ZHIRI [27] la rupture siège de préférence au niveau du segment inférieur, ce qui est conforme aux constatations faites dans notre étude.

Les principales lésions associées à la rupture utérine étaient représentées par la déchirure du col utérin 3 cas (14,3%), la déchirure du vagin 1 cas (4,8%), lésions vésicales 2 cas (9,6%) et des lésions du pédicule utérin 7 cas (33,3%), DIOUF A. [11] a trouvé dans son étude 20 cas d'hématome du ligament large, 5 cas de lésions du pédicule et 1 cas de plaie vésicale.

9 – Les aspects thérapeutiques de la rupture utérine

Le traitement de la rupture utérine est surtout chirurgical à savoir l'hystérorraphie ou l'hystérectomie associé à la réanimation.

9-1- Le traitement curatif de la rupture utérine

9-1- 1-Le traitement chirurgical

Toutes les parturientes ont été opérées. Dans tous les cas, nous avons pratiqué une laparotomie médiane sous ombilicale.

La technique opératoire a été l'hystérorraphie dans 100% des cas .Elle a été réalisé en surjet au vicryl n°1 accompagnée de ligature résection bilatérale des deux trompes dans 8 cas. Aucune Hystérorraphie n'a été faite en points simples séparés, ni avec des points en X ou en U, aussi bien dans les césariennes que dans les ruptures.

Nous n'avons réalisé aucune hystérectomie. Les techniques chirurgicales dépendent de plusieurs facteurs : type de rupture, complète ou sous-séreuse, localisation, lésions associées, ancienneté, statut obstétrical de la patiente, possibilité de transfusion, choix personnel de l'opérateur. Ce qui explique sans doute des chiffres très discordants d'hystérorraphie dans la littérature : 79% au Niger (8), KONARE (45) 43% a Mopti.

9-1-2-La réanimation :

Elle a été, selon les cas, pré, per et post opératoire. Mais il n'y a pas de service de réanimation ni de salle de réveil au CSRéf ainsi que de banque de sang. Pour la transfusion, les rares sachets de sang ne sont obtenus que par l'intermédiaire des donneurs familiaux qui sont les seuls donneurs et cela au prix d'une longue sensibilisation. C'est ainsi que 10 parturientes ont bénéficié d'une transfusion. Il est à signaler que les frais de groupage rhésus des parturientes, des donneurs ainsi que la poche de sang ont été totalement pri en charge par le CSRéf.

Il faut noter que toutes les patientes ont été opérées sous anesthésie générale.

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

Le traitement de l'infection a été fait suivant les règles de la mono ou bithérapie chez nos parturientes.

C'est ainsi que 15 parturientes (71,4%) ont bénéficié d'une monothérapie par amoxicilline et 6 parturientes (28,6%) ont bénéficié d'une bithérapie par amoxicilline injectable et Metronidazole en perfusion.

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

-Le coût du traitement

Le coût a été 100% gratuit pour les parturientes et leurs parents car la prise en charge fait partie de la politique nationale de la gratuité de la césarienne instaurée en 2006 au Mali.

10-Suites opératoires

La durée de séjour a été en moyenne de 8 jours, comprise entre 1 et 14 jours. Du point de vue de la morbidité, 3 cas de fistules vésico-vaginales ont été enregistrés. Les complications tardives ont été la survenue d'endométrite chez 2 parturientes.

11- Pronostic

11-1- Pronostic maternel

Nous avons enregistré dans notre étude 1 décès maternel (4,8%). Il s'agissait d'une parturiente évacuée d'un CSCOM avec la rupture utérine consommée et qui nous est parvenue dans un état de choc hémorragique. Le groupage sanguin effectué au laboratoire montrait que la parturiente était du groupe O rhésus négatif. Nous n'avions qu'une seule unité de sang de ce groupe disponible. Après la laparotomie et l'hystérorraphie, nous avons constaté le décès de la parturiente deux heures après l'intervention.

Notre taux se rapproche de celui de CHEN LH (5) qui trouvait 3,8% à Singapour et de M.A ZHIRI (27) qui trouvait 2,5% au Maroc. Notre taux de mortalité maternelle était inférieur à celui de certains pays en Afrique subsaharienne : 35% au Burkina Faso (22), 11,26% en Côte d'Ivoire (43), 16% au Sénégal (7).

11-2-Le pronostic foetal

Notre taux de mortalité foetale a été 95,2%. Dans le cas où le fœtus était vivant, il s'agissait de rupture utérine découverte à la révision utérine après l'accouchement. Il n'y a pas eu de fœtus vivant dans la population des femmes évacuées des CSCom.

Le pronostic foetal reste sombre dans divers études réalisées en Afrique subsaharienne : au (7) Sénégal 94%, au (8) Niger 75,4%, en (43) Cote d'Ivoire 91,8%.

En France F.VENDITELLI (17) trouvait 0% dans son étude. Nous avons remarqué que le pronostic foetal était plus sombre en Afrique subsaharienne par rapport aux pays fortement médicalisés. Dans notre étude, la forte létalité foetale s'expliquait par le fait qu'il s'agissait presque toujours de ruptures complètes survenues soit à domicile, soit dans une autre structure sanitaire.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

1- CONCLUSION :

La rupture utérine est l'une des complications les plus dramatiques du travail d'accouchement.

Elle compromet directement la vie fœtale et maternelle. C'est une urgence chirurgicale.

Nous avons enregistré 21 cas de rupture pour 1263 accouchements soit une fréquence de 1,66% à la maternité du CSRéf de Koutiala sur une période de 12 mois. Les létalités maternelles et fœtales de cette affection étaient respectivement de 4,8% et de 95,2%. Les grandes multipares étaient les plus affectées 42,9%.

La désunion de cicatrice de césarienne, la dystocie mécanique, et l'usage des ocytociques en étaient les principales causes.

La méconnaissance de l'intérêt des consultations prénatales, l'accouchement amorcé et ou réalisé à domicile par des personnes non compétentes, le retard au diagnostic et à la référence ont été les facteurs favorisant de ce problème.

Le traitement de la rupture utérine reste toujours chirurgical assorti des mesures de réanimation.

2-RECOMMANDATIONS :

Les aspects épidémiologiques, étiologiques et les facteurs conditionnant le pronostic materno-fœtal de la rupture utérine au CSRéf de Koutiala nous amènent à faire les recommandations suivantes :

A l'endroit des autorités communales :

-Une plus grande participation aux efforts de développement du système sanitaire du pays notamment l'organisation du système de référence évacuation en s'acquittant de leur part de cotisation.

-Améliorer l'état des routes afin d'assurer des évacuations rapides.

A l'endroit de la communauté :

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

-Accoucher dans les structures sanitaires.

-Participer à la politique d'approvisionnement en produits sanguin du CSRef.

A l'endroit des agents socio sanitaires :

-Renforcer le C.C.C à l'endroit des communautés en l'occurrence sur les risques liés à l'accouchement à domicile.

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

-Faire des consultations prénatales recentrées.

-Utiliser correctement le Partogramme dans la surveillance du travail d'accouchement.

A l'endroit du comité de gestion du CSRef de Koutiala

-Planifier la formation continue des agents dans la prise en charge des grossesses et des urgences obstétricales.

-Participer à la mise en œuvre et le fonctionnement du système de référence évacuation conformément à la politique nationale.

A l'endroit des autorités politiques et administratives

-Assurer l'équipement et le rééquipement des services de santé.

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

REFERENCES

- 1-BAYO A**-les ruptures utérines à propos de 58 cas recensés à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de Médecine, Bamako, 1991, No1
- 2-BEHRENS O GOESCHEN K, JACOB H, KAUFFELLS W -**
Geburtseinleitung mit prostagladin E2-Gelbei Zustand nach sectio.
Geburstshilfe und Frauen heikundi; 1994:54, 3: 144-50
- 3-BOHOUSSOU KM., HOUPHOUET K.B, KONE N et Coll** -Les ruptures utérines au cours du travail. Evolution 10 ans après. A propos de 245 cas.
Afr Med 1990 ; **29** :497-500
- 4- CHELLI H, CHELLY M, KHROUF M** -Deux cas de rupture utérine sur corne rudimentaire. Tunisie médicale 1987 ;65 : 2 :143-147
- 5- CHEN LH. TAN KH., YEO GS**-A Ten-year review of uterine rupture in modern obstetric practice. *Ann acad Med Singapore* 1995; 24:830-5.
- 6- CHEN YU** -Analyse clinique de 126 cas de la rupture utérine observée au niveau de l'hôpital régional de sikasso. *Mali Médical* 1998, Tome VIII, N° 3-4, p.31-33
- 7-CT CISSE, EO FAYE, L DEBERNIS, F DIADHIOU** -Rupture utérine au Sénégal, Epedemiologie et qualité de la prise en charge .*Med. trop.*2002; 62 :619-622
- 8-C VANGEENDERHUYSEN, A SOUIDI** -Rupture utérine sur utérus gravide : Etude d'une série continue de 63 cas à la maternité de référence de Niamey (Niger).*Med.trop.*2002; 62 :615-618
- 9-DIALLO FB IDI N, C VANGEEDERHUYSEN et coll** -rupture utérine à la maternité centrale de référence de Niamey (Niger).aspect epidemiologiques et stratégique de prévention. *Med Afr noire* 1998 ; 45 :310-5
- 10-DIAKITE M** -Les ruptures utérines. A propos de 4 cas observés à Bamako. Thèse de médecine Bamako, 1995, N°1
- 11-DIOUF A, DAO B, DIALLO D, MORENRA P, DIADHIOU F** -Les ruptures utérines au cours du travail d'accouchement: expérience d'une maternité de référence à Dakar (Sénégal). *Médecine d'Afrique Noire* : 1995,42 (11) 594-597.

12-DOLO A KEITA B, DIABATE FB, MAÏGA B-les ruptures utérines au cours du travail à Bamako .Dakar med 1990 ; 35 :61-64.

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

14-DRAVE N A -Etude rétrospective de la mortalité maternelle dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital national du point G de 1991 à1994 : à propos de 103cas Thèse de Médecine Bamako, 1996, N° 39.

15-DU JARDIN B, VANBALEN H -L'initiative pour une maternité sans risque: quelles perspectives J. Gynécol. Obstét. Biol.-Reprod.1991, 20,397-405.

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

17-F. VENDITTELLI, JL TABASTE, C LABARCHEDE -Rupture utérine sur utérus antérieurement césarisé. Revue de littérature à propos de deux cas. Rev.Fr. Gynécol Obstét., 1993, 88,5.

18-HEIJ H A, TE VELDEE R CAIRNS JM -The treatment of rupture of the pregnant uterus. Analysis of 93 cases treated inn a rural hospital in Zambia. Int Jr Gynécol Obstet, 1984, 22: 415-420

19-HODONOU AKS, SCHMIDT H, VOVOR M -Les ruptures utérines en milieu Africain au CHU de Lomé à propos de 165 cas. *Afr Med* 1983:22 :459-468.

20-K AKPADZA, KT KOTOR SB, BAETA, AKS HODONOU -Les ruptures utérines au cours du travail au centre hospitalier de SOKODE (Togo) *Médecine d'Afrique Noire* : 1994,41(11) :604-1047.

21-KVS TETE ED DJAHOTO KF FLAGO, AKPADZA 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 Gynécol Obstét., 1996, 91,12.

22-LANKOANDE J, OUEDRAGO CMR, TOURE B et Coll -Les ruptures utérines obstétricales à la maternité du centre hospitalier national de

Ouagadougou. A propos de 80 cas colligés en une année d'activité obstétricale. *Méd. Afr Noire* 1998 ; 45 :17-21.

23-LH ILOKI, D OKONGO, JR EKOUNDZOLA -Les ruptures utérines en milieu Africain, 59 cas colligés au CHU de Brazzaville. *J Gynécol Obstét., Bio Reprod* 1994 ; 23 :922-5.

24-LOBAUGH ML, BAMEL BM, DUKE, WEBSTER BW -Uterine rupture during pregnancy in a with a history of hysteroscopy metropolis. *Obstét, and Gynecol.*, 1994, 2: 9-3.

25-LUSANGA N, TONIN R, TANDU U, YANGA K -Evolution des ruptures de l'utérus gravide dans la clinique universitaire de Kinshasa. A propos de 24 observations de 1973 à 1980. *J. Gynécol.Obstét. Biol-Réprod.* 1989, 12,755-761.

26-M AKOTIONGA, J LANKOANDE, MJ GUE, B KONE -Les ruptures utérines à la maternité du CHN-YO. Aspects epidemiologiques et cliniques. *Méd Afr Noire*1998 ; 45 :508-10

27-M ZHIRI, M ADERDOUR, N ZAHER -Etude comparée de 2 séries de rupture utérine colligée au CHU Averroès de Casablanca de 1979 à 1981 et de 1984 à 1986. *J Gynécol Obstét Bio Reprod* 1989 ; 18 :206-12.

28-M COSSON, PH DUFOUR, M NAYAMA, D VINATIER, JC MONIER- Pronostic obstétrical. *Reprod* .1995, 24,434-439.

29-MILLER DA, GOODWIN TM. GHERMAN RB et Coll -Intrapartum rupture of the unscarred uterus. *Obstet Gynecol* 1997; 89:671-3

30-M KONE, S DIARRA -Les ruptures utérines au cours de la grossesse *Encycl Med Chir (Paris – France)-Obstét* 1995,5-080 A

31-MEICLER P, DARAI E, PINET C, RAOUST I, COLAU JC -Rupture utérine sur utérus cicatriciel méconnu. *Rev. Fr.Obstet.*, 1986, (81) ,1 :609-704.

32-N'GASSA PC, SHASHA W, KOUAM L, DOH AS, KAMDOMMOYO J -Les ruptures utérines au CHU de Yaoundé: Cameroun: une étude rétrospective sur 10 ans. 3eme congrès de la société Africaine de Gynécologie et d'obstétrique. Volume des Résumés ; Dec 1994.

33- RACHAGAN SP, RAMAN S, BALASUNDRUM G, BALAKRISHNAN S - Rupture of the pregnant uterus: 21 years review.

Aust NZJ Obstet, Gynecol 1991, (89), 1:37-40.

34- R MERGER J LEVY, J MELCHIOR -Précis d'obstétrique, 6ème édition, Masson, Paris 1995

35- SEGUY B, CHAVINE J MICHELON B -Nouveau manuel d'obstétrique, (III), 2ème édition

36-SHIPP TD, ZELOP CM, REPKE JT et Coll - Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine .Obstet Gynecol 2001:97:175-177.

37-SIDIBE M -Rupture utérine, expérience d'une structure de deuxième référence (le service de Gynéco Obstétrique de l'hôpital de Sikasso).*Thèse Médecine Bamako* 00-M-100,1-3 ; 70-90

38- SOLTAN MH KHASHOGGU T, ADELUSI B -Pregnancy following rupture of pregnant uterus international journal of gynaecology and obstetric, 52(1): 42, 1996 Jan.

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

40-TRAORE M, DIABATE FS, DOLO A -la ligature des trompes : indication au cours de la césarienne : à propos de 91 cas colligés en 3 ans dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du point « G » à Bamako

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

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

43-YR ABAULETH, AK KOFFI, ML CISSE, S BONI, Y D JANHAN, E

JANKY -Pronostic de la rupture utérine au cour du travail : a propos de 293 cas colligés au CHU de Bouaké (Cote d'Ivoire) *Med.trop.*2006 ; 66 :472-476

44-ZINE S, ABED A, SFAR E et Coll -Les ruptures utérines au cours du travail à propos de 106 cas observés au centre de Maternité de Tunis (Tunisie). *Rev Fr Gynécol Obstét* 1995 ; 90 :

45-KONARE F -rupture utérine a l'hôpital de Mopti. *Thèse de médecine Bamako* 2007.

FICHE D'ENQUETE

Fiche n°:.....

I- Identification de la patiente

Date d'entrée: /.../.../.../

Prénom et nom :

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

Résidence :

Statut matrimonial :

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

Niveau d'étude :

1. analphabète
2. primaire
3. secondaire
4. supérieur

Profession :

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

II- Admission

Mode d'admission :

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

Moyen de transport :

1. ambulance
2. transport en commun
3. voiture personnelle
5. autres à préciser :

Provenance (centre de santé ayant évacué) :

Distance parcourue :

Heure d'admission au centre ayant référé :

Heure de prise de décision d'évacuation :

Horaire fixe de départ effectif :

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

.....

Motif d'évacuation :

Fiche de référence : 1. Oui 2. Non

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

III- Antécédents :

Médicaux :

1. diabète
2. HTA

- 3. drépanocytose
- 4. autre
- 5. aucun

Chirurgicaux :

- 1. Césarienne 1. Oui 2. Non
- 2. Myomectomie : 1. Oui 2. Non
- 3. cure de fistule vésico-vaginale 1. Oui 2. Non
- 4. aucun

Obstétricaux :

Gestité :/...../...../
 Parité :/...../...../
 Nbre d'enfant vivant :/...../...../
 Intervalle intergenesique :/...../...../
 Dernière césarienne :/...../...../
 Nbre de césarienne :/...../...../
 Délai de la dernière césarienne :/...../...../

IV- Grossesse actuelle :

DDR : /...../...../...../ **Age :**SA **DPA :** /...../...../...../

CPN

Nombre :/...../...../
 Qualification de l'auteur :
 Lieu :
 Pathologies au cours de grossesse :
 Prophylaxie anti-palustre : 1. Oui 2. Non

V- Travail :

Début : date : /...../...../...../ heure :

Déroulement du travail :

- 1. à domicile
- 2. au CSCOM
- 3. CSRef

VI- Examen physique à l'entrée :

Général : TA :/ T° :/ Pouls :/
 Conjonctives :/

Obstétrical :

HU :/...../...../
 Nbre de CU / 10mn :/...../...../
 Variété de présentation :
 BCF : 1. positif 2. Négatif
 Bassin : 1.normal 2. Limite 3. Rétréci

VII Examens para cliniques

GR+NFS 1.oui 2.non

VIII- Diagnostic de la RU :

Diagnostic :

1. pré opératoire
2. per opératoire
3. post partum

IX- Lésions :

Nature de rupture :

1. complète
2. Sous séreuse

Siège :

1. segmentaire
2. Corporéale
3. Segmento-corporéale

Lésions associées :

1. Oui
2. Non

Si oui à préciser :

X- Méthode de traitement :

1. Raphie sans ligature tubaire
2. Raphie avec ligature tubaire
3. Hystérectomie

XI Mode d'accouchement :

1. Accouchement voie basse
2. Laparotomie

XII Evolution :

Suites simples :

Complications :

1. Infection pariétale
2. Endométrite
3. Péritonite
4. Septicémie
5. Anémie
6. Phlébite
7. Décès

préciser la cause :

Transfusion

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

Quantité reçue :/...../...../...../

Nouveau-né :

Poids : Taille : Sexe.....

Apgar : 1' : 5' : 10' :

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

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



FICHE SIGNALITIQUE

NOM : DIAKITE

PRENOM : ISSA

TITRE DE LA THESE : Rupture utérine au centre de santé de référence de Koutiala de Novembre 2008-Octobre 2009. (à propos de 21 cas)

ANNEE DE SOUTENANCE : 2010

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMPOS

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie obstétrique

RESUME :

La rupture utérine, drame redoutable de l'accouchement survient encore dans notre pays en dépit des mesures du gouvernement rendant la césarienne gratuite depuis quelques années.

A partir d'une étude prospective, descriptive réalisée à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala du 1^{er} novembre 2008 au 31 octobre 2009, la fréquence des ruptures utérines a été de 1,66%. Le profil moyen était celui d'une femme : vivant en milieu rural (95,2%), ménagère (95,2%), non instruites (95,2%), sans profession (95,2%), grande multipare (42,90%), évacuée d'un CSCom (90,50%), non suivi en consultation prénatale (76,20%) et ayant effectuée une tentative d'accouchement à domicile dans 28,60 % des cas. L'âge moyen était de 30 ans, la parité moyenne était de 6,5.

L'antécédent de césarienne a été retrouvé dans 28,6% des cas.

Parmi les facteurs étiologiques iatrogènes, nous avons constaté l'utilisation d'ocytocique dans 2 cas (9,5%).

Nous avons pratiqué une hystérorraphie dans 100% des cas.

Les suites opératoires ont été simples dans 76,2% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 8 jours avec des extrêmes de 1 et 14 jours.

La mortalité maternelle a été de 4,8% et la mortinatalité de 95,2%.

La réduction de la fréquence de la rupture utérine passe par une meilleure éducation sanitaire, une consultation prénatale de qualité, un accouchement assisté par un personnel médical qualifié.

Mots-clés : *Rupture utérine, prise en charge, pronostic materno-foetal.*

Serment d'Hippocrate

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

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

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !

