

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie  
F.M.O.S.



Année universitaire : 2015-2016 N° /...../

## TITRE

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES  
DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES AU  
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV  
DU DISTRICT DE BAMAKO.**

## Thèse

Présentée et soutenue publiquement le ...../.....2016 devant  
La Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par **M. Moussa DIAKITE**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (*DIPLOME D'ÉTAT*)

## Jury

**Président : Professeur Youssouf TRAORE**

**Membre : Docteur Broulaye TRAORE**

**Co-directeur: Docteur Camara Daouda**

**Directeur : Professeur Moustaphe TOURE**

## **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES**

Je dédie ce travail :

- **ALLAH** le Tout Puissant et miséricordieux et son prophète, paix et salut sur lui pour m'avoir donné le courage et la santé de mener à bien ce travail, et de m'avoir donné l'énergie nécessaire pour franchir les différentes étapes de mes études.

- A mon père **Dramane Diakité**:

Tu me diras certainement que l'éducation et l'affection paternelle que tu m'as réservées ne relèvent que de ton droit de père, oui je sais, mais tu as bien compris la nécessité de m'envoyer à l'école et de me soutenir durant tout ce long cycle. Tu m'as prodigué de sages conseils.

Aujourd'hui ta fierté est sans limite.

Puisse ALLAH le tout miséricordieux te garder encore longtemps parmi nous afin que tu puisses continuer à guider nos pas.

- A Ma mère **Maïmouna Coulibaly** : les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance et mon admiration. Tu as consenti beaucoup d'efforts pour la réussite de mes études. Tes conseils m'ont toujours servi de guide. Recevez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon affection. Ce travail est le tien.

- **A mes tantes et Oncles**:

Recevez à travers ce modeste travail la récompense des sacrifices tant consentis et le témoignage de notre attachement. Que Dieu vous assiste. Amen!

-**A mes grands parents feu Moussa Diakité, TakoSoumaré et Oumou Diallo**

Tolérants, sympathiques et généreux; voilà ces quelques mots de souvenirs que je retiens de vous.

Vous avez guidé mes premiers pas. Vous m'avez aidé à saisir le sens de l'honneur, du courage, de la persévérance, de la justice et surtout du pardon et

**Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de  
référence de la commune IV du District de Bamako**

de la compréhension. Ce que je suis aujourd'hui, n'est que le fruit de vos efforts. Vos souvenirs restent encore vivaces dans mon esprit.

Puisse ce travail vous faire plaisir jusque dans votre dernière demeure.

Que le tout Puissant vous accueille dans son paradis.

## **REMERCIEMENTS**

### **A mes frères, sœurs, cousins et cousines**

Vous m'avez soutenu pendant tout ce cycle. Nous avons eu toujours des moments de fraternité et de bonne entente. Je voudrais que cette entente demeure entre nous pour la vie.

### **A mes amis:**

Nous avons passé ensemble des moments de parfaite fraternité; vous m'avez soutenu dans la réalisation de ce travail. Je vous en suis reconnaissant.

### **A mes encadreurs :**

Vous m'avez donné l'amour de la fonction médicale. Je suis très fier de l'encadrement que j'ai reçu de vous. Merci pour vos conseils et la qualité de l'encadrement.

### **A mes Aînés et Cadets du service**

Pour vos soutiens et votre bonne collaboration.

### **A tout le personnel du CSREF CIV**

Pour votre bonne collaboration, le service a été pour moi une famille.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre maître et président du JURY**

**Professeur Youssouf TRAORE**

- **Maître de conférences de gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Gynécologue obstétricien au CHU Gabriel Touré**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO)**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire de méthodologie en recherche clinique (Bordeaux II)**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire de << méthodes et pratiques en épidémiologie >> de Bordeaux II**
- **Titulaire d'un certificat de << cancer and prévention course de la FIGO**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali ( Sochima)**

Cher maître,

Vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable et admirable de tous.

Votre simplicité, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre désir d'égalité entre les hommes, votre humanisme, votre franchise font de vous un exemple à suivre.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

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

**A notre Maître et membre du jury**

**Docteur Broulaye TRAORE**

- **Médecin Pédiatre à la retraite**
- **Ancien chef de service de la pédiatrie générale du CHU Gabriel TOURE**
- **Responsable des cours de pédiatrie à l'Institut National de Formation en Science de Santé (INFSS) de Bamako**
- **Président de l'Association Malienne de lutte contre les déficiences mentales chez l'enfant (AMALDEME)**

Cher maître,

Nous avons été marqués par vos qualités humaines et sociales, votre disponibilité, votre immense gentillesse, votre expérience, l'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, votre dynamisme, et votre contact facile avec lesquels vous avez accepté d'être membre de ce jury, font de vous un maître accompli, admirable, et respecté.

Cher maître, nous vous prions de croire à la sincérité de nos sentiments respectueux et toute notre reconnaissance.

**A notre maître et co-Directeur de thèse,**

**Docteur Daouda Camara**

➤ **Gynéco-Obstétricien au CSREF CV**

Cher maître,

Ce travail est le vôtre. Vous l'avez initié et dirigé. Nous sommes comblés de l'enseignement dont nous avons bénéficié dans votre service.

Vous avez cultivé en nous l'envie de bien faire. Votre simplicité, votre rigueur, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre désir d'égalité entre les Hommes, votre franchise, votre souci du travail bien fait et votre humanisme, font de vous un exemple à suivre.

Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves.

Les mots me manquent pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour notre formation afin de faire de nous de bons médecins.

Cher maître, trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance. Puisse Allah le tout puissant vous accorder santé et longévité afin que beaucoup d'autres étudiants sentent bénéficier de la qualité de votre formation jugée remarquable et admirable.

**A notre maître et directeur de thèse**

**Professeur Moustaphe TOURE**

- **Maitre de conférences à la faculté de médecine et  
d'odontostomatologie**
- **Chef du service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital du Mali**
- **Vice président de l'union professionnelle internationale des  
Gynéco-obstétriciens (UPIGO)**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali**

Cher Maître,

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

C'est avec abnégation que vous avez décidé 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 et votre disponibilité ont forgé en nous l'estime et admiration.

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

## **ABREVIATIONS**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**BDCF** : Bruit du cœur fœtal

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CPN** : Consultation prénatale

**CRP** : Protéine C réactive

**CSREF CIV** : Centre de Santé de Référence de la commune IV

**CU** : Contractions utérines

**DAO** : Diamine oxydase

**ECBU** : Examen cytologique et bactériologique des urines

**GE** : Goutte épaisse

**LA** : Liquide amniotique

**PDC** : Procidence du cordon

**PP** : Placenta prævia

**PV** : Prélèvement vaginal

**RPM** : Rupture prématurée des membranes

**SA** : Semaine d'aménorrhée.

**SFA** : Souffrance fœtale aigue

## **SOMMAIRE**

**Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de  
référence de la commune IV du District de Bamako**

I. Introduction.....		
II. Objectifs.....		
III. Généralités .....		
- Définition.....		
- Physiologie et Etiologie.....		
- Anatomie Pathologique et clinique.....		
- Examens complémentaires et Diagnostic différentiel.....		
- Pronostic et traitement.....		
IV. Méthodologie.....		
-	Cadre	de
l'étude.....		
- Matériel et méthode.....		
V. Résultats.....		
VI. Commentaires et discussion.....		
Conclusion et recommandations.....		
Références bibliographiques.....		
Annexes.....		
.		

## **I. INTRODUCTION :**

La rupture prématurée des membranes (RPM) est l'un des accidents qui peuvent émailler le déroulement de la grossesse. [1]

La rupture de la poche des eaux survient normalement pendant le travail.

Lorsque cette rupture survient avant le début du travail, on parle de RPM.

Certains auteurs parlent de 6 heures et d'autres 12 heures avant le début du travail. [1, 2]

La mortalité fœtale est conditionnée à l'âge de la grossesse, à la période écoulée entre le début de la rupture et celui du travail, les conditions obstétricales et le mode d'accouchement.

La morbidité materno-fœtale liée à la rupture prématurée de la membrane est estimée de 1 à 15%. [1]

Au Mali la rupture prématurée des membranes restent encore une pathologie fréquente au cours de la grossesse et les enfants nés trop tôt sont confrontés à des problèmes de survie (enfants nés non à terme sont souvent confrontés à des problèmes infectieux). [3]

Les maternités de l'hôpital national du point G, du CHU Gabriel Touré, d'Hamdallaye et celle du CSREF CV Rapportent des taux de 2,70% pour les trois premières maternités et 0,95% pour celle du CSREF CV. [3]

Cependant aucune étude n'a été réalisée sur le sujet au CSREF CIV du district de Bamako.

C'est pourquoi il nous a paru utile d'initier ce travail avec les objectifs suivants :

## **II. OBJECTIFS**

### **1. OBJECTIF GENERAL :**

- Etudier la rupture prématurée des membranes au CSREF CIV du district de Bamako.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de la rupture prématurée des membranes au CSREF CIV du district de Bamako.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes.
- Décrire les facteurs de risque de rupture prématurée des membranes.
- Déterminer le pronostic fœtal en cas de rupture prématurée des membranes.

### **III.GENERALITES**

**1. 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 à 10% des grossesses. [1]

#### **2. Physiopathologie :**

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 : [4]**

L'amnios est une membrane de 0,2 à 0,5 millimètre 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 : [4]**

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

- L'augmentation des pressions internes de l'utérus (hydramnios) et externe (traumatismes).
- 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 viscoélastiques ; ce qui favoriserait la rupture.

-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'elastose 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 tumornecrosis-factor, d'interféron, ainsi que

L'interleukine1 et 2 qui pourraient servir de marqueur précoce de l'infection materno- fœtale.

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

### **2.3 Etiologie :**

#### **2.3.1 Causes mécaniques : [5]**

- \*Surdistension de l'œuf par hydramnios, par grossesses multiples ;
- \*Défaut d'accommodation (présentation vicieuse ou simplement présentation élevée) ;
- \*Placenta prævia ;
- \*Béance du col ;
- \*Malformation utérine par dualité ;
- \*Fibrome.

#### **2.3.2 Causes infectieuses : [5]**

L'altération des membranes est le fait d'une amniotite infectieuse, vulvo-vaginite (ascendante).

Elle ne représente habituellement qu'un des éléments d'une infection ovulaire générale qui intéresse également le placenta, le cordon, le liquide amniotique et surtout le fœtus.

#### **2.3.3 Facteurs physiologiques : [5]**

Certains auteurs citent les contractions post coïtales parmi les facteurs susceptibles de provoquer la RPM.

#### **2.4 Anatomie pathologique : [1]**

La rupture classique franche est celle qui ouvre le pôle inférieur de l'œuf à son point le plus bas. Une fissuration, si elle existait ne saurait être que tout à fait éphémère. Elle ne tarderait pas à se transformer en une rupture franche à la moindre contraction. En revanche il faut affirmer l'existence d'une rupture haute siégeant à distance de l'orifice interne du col.

#### **2.5 Clinique : [1]**

**L'interrogatoire :** Pendant cette phase la parturiente rapporte avoir perdu les eaux de façon spontanée ou provoquée (favorisée par un geste) associée ou non à des contractions utérines douloureuses.

**Examen physique :** (examen obstétrical)

**L'inspection :** retrouve un écoulement liquidien minime ou abondant à travers l'orifice vulvaire.

On note souvent des particules de vernix caseosa ou de méconium.

La conséquence de la perte des eaux entraîne une diminution de la hauteur utérine.

**La palpation:** appréciera la hauteur utérine, les pôles fœtaux si possibles, la contraction utérine.

**Le signe de Bonnaire :** la pression du fond utérin provoque un écoulement liquidien par la vulve.

**L'auscultation :** cherchera 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 fœtale aiguë nécessitant une prise en charge rapide et adéquate.

**L'examen au spéculum :** permet de visualiser l'écoulement liquidien provenant de l'endocol (liquide amniotique). On verra le liquide amniotique sortir par l'orifice externe du col lorsqu'on remonte la présentation vers le haut (**Manœuvre de Tarnier**).

**Toucher vaginal** : qui doit être pratiqué avec des précautions d'asepsie toutes particulières : une toilette vulvaire, des gants stériles.

Le toucher vaginal appréciera :

- \*Le col dans sa position, sa longueur, sa dilatation, sa consistance,
- \*La nature de présentation fœtale,
- \*Le score de BISHOP,
- \*Le bassin maternel,
- \* Au toucher vaginal l'écoulement s'accroît avec certains changements de position et surtout la mobilisation de la présentation : **Manoeuvre de Farabeuf**.

En plus un examen clinique complet sera effectué.

On apprécie 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 la base de l'examen clinique complet se résumant à un écoulement liquidien d'apparition brutale d'abondance variable qui va continuer en permanence et en fonction des positions adoptées par la patiente. L'examen au spéculum et la positivité de la manœuvre de Farabeuf permettent de confirmer le diagnostic.

## **2.6 Examens complémentaires** : [1, 2,6]

Les examens complémentaires décrits sont nombreux.

**Test de cristallisation** : il est non fiable quand l'écoulement est minime ou taché de sang.

**Méthode colorimétrique** : 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.

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

**Test de fluorescence** : donne des résultats, mais il s'agit d'une méthode invasive obligeant à faire une amniocentèse pour injecter la solution fluorescente.

**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 le test.

La diamine oxydase synthétisée par le placenta dès la 20<sup>e</sup> SA va être dosée par une méthode radio isotopique. Le résultat peut être obtenu en 24 heures. Le taux de positivité est de 40 micros unités par ml et l'efficacité est de 90%.

**Test à la nitrazine** : c'est l'étude du PH cervical par une méthode colorimétrique sur bandelette.

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

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

**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 fœtale et d'orienter en cas de malformation fœtale.

## **2.7 Diagnostic différentiel : [1]**

### **L'hydrorrhée :**

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

### **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.

### **Leucorrhées abondantes :**

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

### **L'incontinence urinaire :**

Elle apparaît à la station debout et à l'effort par effet de la pression de l'utérus sur la vessie. L'odeur de la garniture fera le diagnostic différentiel.

## **2.8 Conséquences de la RPM :**

### **Les conséquences fœtales :**

**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. [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,
- des manœuvres par voie basse sont réalisées. [6]

**La procidence du cordon** peut survenir après une RPM

### **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 : la dystocie dynamique (47%), la souffrance fœtale (33%).

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

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

### **2.9 PRONOSTIC : [5]**

#### **Le pronostic maternel**

Hormis les cas exceptionnels d'infection amniotique, le pronostic maternel est bon. La morbidité des suites de couches est élevée à cause des endométrites fréquentes (25%) [1], la synéchie utérine, la stérilité secondaire tubaire (séquelle de salpingites)

#### **Le pronostic fœtal**

La mortalité périnatale liée essentiellement à la prématurité et à l'infection est augmentée atteignant 3% selon [27]. La morbidité infectieuse reste une préoccupation majeure qui influence la conduite à tenir. Nous rappelons que l'ouverture des membranes accélère au bout d'un certain temps la maturation pulmonaire du fœtus prématuré.

### **2.10 Traitement :**

#### **Traitement préventif et prophylactique :**

La prévention repose sur la suppression du tabac mais surtout sur la recherche systématique dès la 24-26 SA d'une infection urogénitale à traiter rapidement [7].

### **Conduite à tenir obstétricale [1]**

Quel que soit l'âge de la grossesse, le diagnostic de rupture prématurée des membranes impose l'hospitalisation.

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

#### **\* En absence d'infection amniotique patente :**

##### **-Avant 28 SA d'aménorrhée**

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

Si non, laisser la grossesse évoluée après avoir donné toutes les informations nécessaires au couple sur le pronostic fœtal 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 fœtale.

En cas de souffrance fœtale aigue 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.

#### **\* 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 :**

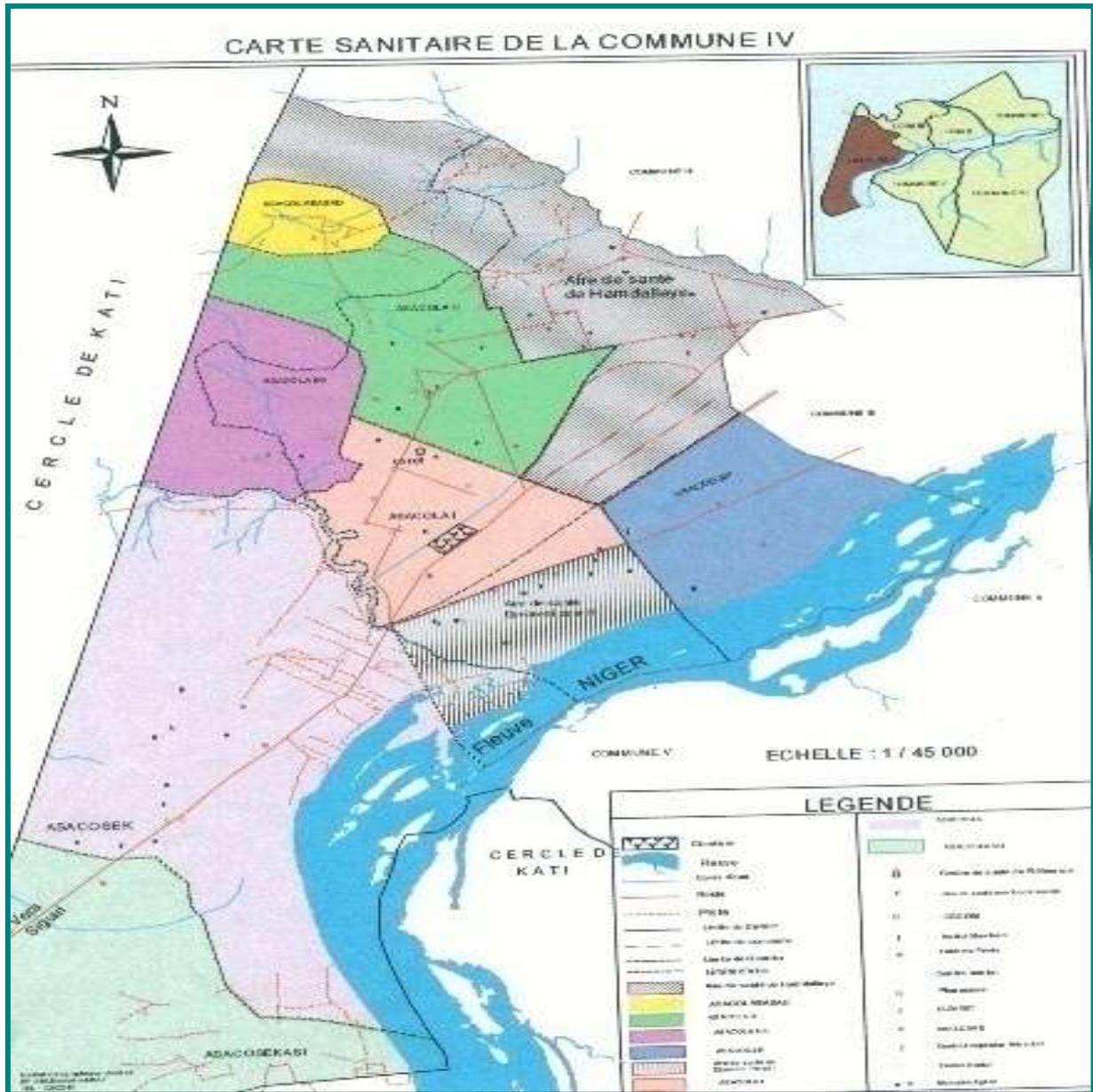
Il faut faire une antibiothérapie, puis une corticothérapie plus tard.

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

## IV. METHODOLOGIE

### 1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune IV (CS Réf CIV) du District de Bamako.



**Figure 1** : Carte Sanitaire de la commune IV du district de Bamako

Source : (source PUS CIV Mars 2001).

## **2. Type et Période d'étude**

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive allant du 30 Avril 2014 au 31 MARS 2015.

## **3. Population d'étude**

Les gestantes qui ont consulté dans le CSREF CIV pendant la période d'étude.

### **3.1 Echantillonnage**

Toutes les gestantes reçues présentant une RPM et qui ont accouché ou avorté à la maternité du centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako qu'elles soient venues d'elles-mêmes (autoréférence) ou qu'elles soient évacuées ou référées durant la période d'étude.

### **3.2 Critères d'inclusion**

Toutes les gestantes qui ont présenté une RPM et qui ont accouché ou avorté au centre de santé de référence de la commune IV pendant la période d'étude.

### **3.3 Critères de non inclusion**

Toutes les gestantes qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion n'ont pas été retenues dans cette étude.

## **4. Collecte des données**

Une fiche de collecte a été utilisée pour recueillir les informations (voir annexe).

## **5. Sources des données**

Le recueil des données a été fait à partir du dossier obstétrical complété au besoin par les carnets et registre de consultation prénatale, le registre d'accouchement et d'hospitalisation, le registre de compte-rendu opératoire, et les fiches de référence/évacuation.

## **6. Les variables**

Nous avons étudié les paramètres suivants :

- L'âge de la gestante,
- Le niveau d'instruction du couple,
- La provenance,
- Le mode d'admission,
- Le motif d'admission
- La gestité,
- La parité,
- Les antécédents de RPM
- Les antécédents de béance cervico-isthmique.
- Le nombre de CPN,
- Les causes probables
- Le type de germe retrouvé par l'ECBU,
- L'âge de la grossesse,
- Les circonstances de survenue,
- Les BDCF,
- La température,
- La couleur du liquide amniotique
- Le résultat de l'échographie,
- Le mode d'entrée en travail d'accouchement,
- Le délai de la rupture
- La voie d'accouchement,
- Le score d'Apgar à la naissance,
- L'antibiothérapie à la naissance,
- La positivité de la CRP
- Le poids des nouveau-nés.

## **7. Traitement et analyse des données**

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés avec Word, le logiciel SPSS version 12.0. Le test de  $X^2$  de Pearson a été utilisé. Les valeurs de  $p < 0,05$  ont été retenues comme statistiquement significatives.

## V. RESULTATS

### 1. Fréquence

Parmi les 6244 gestantes reçues pendant la période d'étude nous avons enregistré 45 cas de RPM soit 0,72 %.

### 2. Caractéristiques sociodémographiques des gestantes

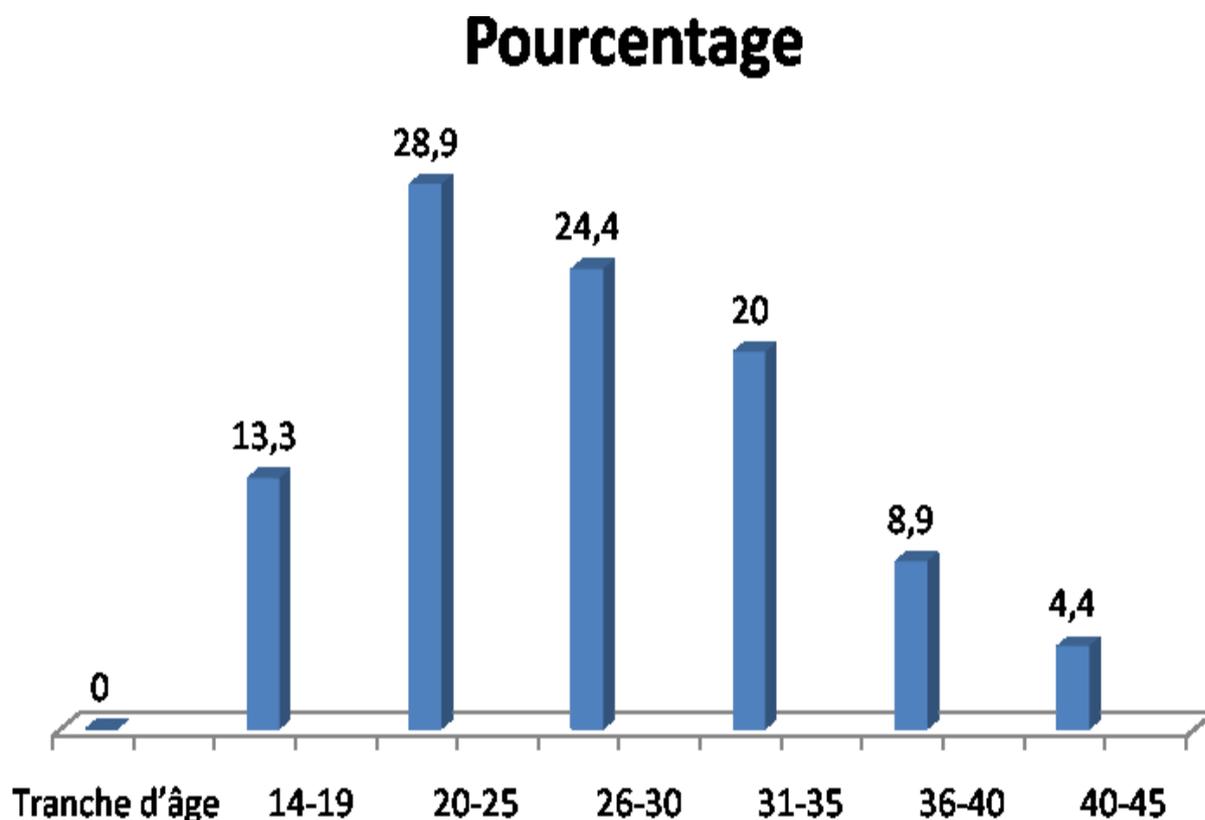


Figure 2\_: Répartition des gestantes selon les tranches d'âge

**Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de  
référence de la commune IV du District de Bamako**

**Tableau I:** répartition des gestantes selon le niveau d'étude

<b>Niveau d'étude</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Non scolarisées	40	88,90
Scolarisées	5	11,10
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**TableauII :** Répartition des gestantes selon la provenance.

<b>Provenance</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Commune IV	23	51,10
Hors commune IV	22	48,90
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de  
référence de la commune IV du District de Bamako**

**Tableau III** : Répartition des gestantes selon le mode d'admission :

<b>Mode d'admission</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Venue d'elle même	27	60,00
Référence/Evacuation	18	40,00
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de  
référence de la commune IV du District de Bamako**

**Tableau IV**: Répartition des gestantes selon le motif d'admission :

<b>Motif d'admission</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Écoulement liquidien	39	86,70
Métrorragies	3	6,70
Douleurs abdominales	2	4,40
Fièvre	1	2,20
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

### 3. Antécédents

**Tableau V** : Répartition des gestantes selon la gestité

<b>Gestité</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Primigestes</b>	8	17,80
<b>Paucigestes</b>	14	31,10
<b>Multigestes</b>	16	35,60
<b>Grandes multigestes</b>	7	15,50
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de  
référence de la commune IV du District de Bamako**

**Tableau VI:** Répartition des gestantes selon la parité

<b>Parité</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Nullipares	10	22,20
Primipares	7	15,60
Paucipares	11	24,40
Multipares	12	26,70
Grandes multipares	5	11,10
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**La parité moyenne est de 3,4.**

**Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de  
référence de la commune IV du District de Bamako**

**Tableau VII** : Répartition des gestantes selon la présence ou non des antécédents de RPM

<b>Antécédents de RPM</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	9	20,00
Non	36	80,00
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**Tableau VIII**: Répartition des gestantes selon la présence ou non de béance cervico-isthmique (**confirmée avant l'admission**).

<b>Antécédents de béance cervico-isthmique</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	5	11,10
Non	40	88,90
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

#### 4. Surveillance de la grossesse

**Tableau IX** : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN

<b>Nombre de CPN effectuées</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>0</b>	6	13,30
<b>1-3</b>	27	60,00
<b>≥ 4</b>	12	26,70
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**Le nombre moyen de CPN est de 2,2.**

## 5. Causes probables

**Tableau X:** Répartition des gestantes selon les causes probables

<b>Causes probables</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Infections urinaire	26	57,80
PP	10	22,20
Hydramnios	4	11,10
Grossesse gémellaire	3	8,90
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**Tableau XI:** Répartition des gestantes selon le type de germe retrouvé à l'ECBU

<b>Germe retrouvé(ECBU)</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Escherichia coli	19	73,10
Proteus Mirabilis	4	15,40
Klebsiella pneumonis	3	11,50
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>

**NB :** Les germes ont été traités par ceftriaxone et cefixime.

### 6. Données cliniques

**Tableau XII :** Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse

<b>Age de la grossesse (SA)</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
20-27	1	2,20
28-31	8	17,80
32-35	14	31,10
≥ 36	22	48,90
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako**

**Tableau XIII:** Répartition des gestantes selon les circonstances de survenue

<b>Circonstances de survenue</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Spontanée	40	88,90
Traumatique	3	6,70
Iatrogène	2	4,40
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

NB : Les 3 cas traumatiques en rapport avec les Accidents de la voie publique.

**Tableau XIV:** Répartition des gestantes selon les BDCF à l'entrée

<b>BDCF</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
0	2	4,50
<120 ou >160	1	2,20
120-160	42	93,30
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako**

**Tableau XV :** Répartition des gestantes selon la température corporelle en °c à l'admission :

<b>Température</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
≤37	40	88,90
37,8-38,5	5	11,10
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**Tableau XVI :** Répartition des gestantes selon la présence ou non des CU à l'admission :

<b>Présence des CU</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	5	11,10
Non	40	88,90
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako**

**Tableau XVI I:** Répartition des gestantes selon le délai entre RPM et l'accouchement.

<b>Délai entre RPM et expulsion/extraction</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<6 heures	16	35,50
6-12 heures	21	46,70
≥ 12 heures	8	17,80
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**Tableau XVIII :** Répartition des gestantes selon la couleur du LA.

<b>Couleur du LA</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Claire	44	95,50
Verdâtre	1	4,50
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako**

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

<b>Résultat de l'échographie</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Anamnios	2	4,40
Oligoamnios	6	13,30
Normal	37	82,30
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**7. Travail et Accouchement :**

**Tableau XX:** Répartition des gestante selon le mode d'entrée en travail.

<b>Mode d'induction du travail</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Spontané	31	68,90
Déclenchement	14	31,10
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

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

Mode d'accouchement	Effectif absolu	Pourcentage
Voie basse	42	93,30
Césarienne	3	6,70
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**Parmi les accouchements par voie basse 1 cas de ventouse a été réalisé**

## 8. Nouveau-né

**Tableau XXII :** Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la naissance.

Score d'Apgar	Effectif absolu	Pourcentage
0	2	4,50
1-7	1	2,20
> 7	42	93,30
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**Tableau XXIII:** Répartition des nouveau-nés selon l'antibiothérapie

Antibiotique	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	2	4,60
Non	41	95,40
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,00</b>

**NB :** l'antibiotique a été administré chez 2 nouveau-nés dont la CRP était positive.

**Tableau XXIV :** Répartition des nouveau-nés selon la positivité de la CRP

CRP	Effectif absolu	Pourcentage
Négative	41	95,30
Positive	2	4,70
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,00</b>

**Deux (2) nouveau-nés ont fait une infection néonatale.**

**Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de  
référence de la commune IV du District de Bamako**

**Tableau XXV** : Répartition des nouveau-nés selon le poids à la naissance

<b>Poids à la naissance (mg)</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<2500	34	51,10
2500-3500	11	48,90
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

## **VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION :**

### **1. Fréquence :**

Au cours de notre étude nous avons enregistré 6244 gestantes dont 45 cas de RPM soit une fréquence de 0,72 % dans notre service.

Les résultats de Cissé K [8] et Traoré AL [9] étaient respectivement de 1,6 et de 2,7%.

### **2. Caractéristiques sociodémographique :**

Nos patientes sont en majorité âgées de moins de 30 ans (53,30%), ménagères (86,7%), non scolarisées (89,9%), multipares (37,30%) et n'ayant pas atteint le nombre de 4 consultations prénatales (73,30%).

Plusieurs auteurs évoquent la multiparité, le manque de suivi prénatal, l'analphabétisme et l'âge [2, 8, 9,10] comme facteurs de risque de la RPM.

### **3. Les facteurs étiologiques:**

Les facteurs étiologiques les plus fréquemment retrouvés dans notre étude ont été : les infections urinaires (57,80%), le placenta prævia (22,20%), béance cervicale (11,10%).

Le même constat a été fait par Cissé K [2] avec 66,50%, 22,30% et 11,10% respectivement.

### **4. Les données cliniques :**

Dans notre étude nous avons enregistré 48,90% de grossesse d'âge supérieur ou égale à 36 SA, 88,90% de rupture spontanée.

Boog G et Mirlesse V [5,11] ont trouvé respectivement 60 à 80% et 80% des cas de RPM à 36 SA.

Les bruits du cœur fœtal étaient réguliers chez 80% des cas.

Nous avons recensé 11,10% de cas d'hyperthermie.

Le taux de chorioamniotite a été 6,70% de cas. Cela s'explique par le fait que les femmes viennent en consultations tardivement au stade de complication.

Nos résultats sont inférieurs à ceux retrouvés par Keita MA [2] avec 11,30% de choriomniotite.

### **5. Aspects thérapeutiques**

Dans notre étude l'antibiothérapie préventive à base de ceftriaxone à la dose de 1g toutes les 12 heures a été pratiquée dans tous les cas. Tous les cas ont bénéficié du repos. Chez 24,40% la corticothérapie a été pratiquée (12 mg de Dexaméthasone en Intra musculaire à renouveler 24 h) pour maturation pulmonaire.

Le travail était spontané chez 68,90 % de cas dans les premières 24 heures. Nous avons eu recours à l'induction du travail par le misoprostol dans 31,10 % cas.

Nous avons enregistré 91,10% d'accouchement par voie basse, 6,70% de césarienne. Cissé K [8] a trouvé 76,70% d'accouchement par voie basse. Andriamady al [2] ont obtenu 20% de césarienne dans leur étude.

Les indications de la césarienne étaient : la souffrance fœtale aiguë, procidence du cordon battant et RPM/ utérus cicatriciel.

A noter qu'aucune complication maternelle n'a été rapportée au cours de notre étude.

### **6. A la naissance :**

Les nouveau-nés dans 43 cas soit 91,20% avaient un apgar supérieur à 7 a la première mn, 1 cas de souffrance néonatale et 1 cas de mort-né. Dans 51,10% des cas les nouveau-nés avaient un poids inférieur à 2500 g. Traoré AL [9] a trouvé 24,4% de poids inférieurs à 2500.

Nous avons enregistré 26 nouveau-nés prématurés au cours de notre étude soit 57,80% de cas.

2 nouveau-nés dont la CRP était positive ont reçu une antibiothérapie.

Au cours de notre étude on a enregistré 1 cas d'avortement, 1 cas de souffrance néonatale soit 2,20% et 1 cas de mort-né frais soit 2,20%.

## **VII.CONCLUSION**

La RPM est une pathologie relativement fréquente dans notre service et met en jeu le pronostic fœtal.

Sa prévention passe par les dépistages et le traitement de l'infection urinaire qui constitue la première cause.

## **VIII.RECOMMANDATIONS**

### **Aux autorités :**

- Equiper les laboratoires hospitaliers en matériel performant et adéquat.
- Renforcer les capacités des unités de néonatalogies en personnel qualifié et en matériel.

### **Au personnel de Santé :**

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

### **Aux femmes :**

- Suivre correctement les CPN.
- Se rendre le plus tôt possible dans une structure de santé dès la survenue d'un écoulement vulvaire sur la grossesse.

**REFERENCE:**

- 1. Merger R, Ley J, Melchior J.** Précis d'obstétrique, 6<sup>ème</sup> édition, Masson Paris Milan Barcelone ; 1997 : 282-86 p597.
  
- 2. Kouam L.** Etude comparative de deux conduites cliniques en cas de rupture prématurée des membranes à terme, du 1<sup>er</sup> janvier 1991 au 30 novembre 1993, thèse de médecine à la maternité du CHU de Yaoundé.
  
- 3. Keita MA.** La rupture prématurée des membranes : aspect épidémiologique, clinique et thérapeutiques au service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse de Médecine 2002 N°23.
  
- 4. Pons J C.** Rupture prématurée des membranes au 2<sup>ème</sup> trimestre In Papiernick Emile, Dominique Cabrol, Obstétrique, Médecine science, Flammarion Paris, p1584.
  
- 5. Mirlesse V.** Rupture prématurée des membranes dans l'infection bactérienne maternofoetale, Journal de pédiatrie de puériculture Supp 1-2000, éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.
  
- 6. Lansac J.** Conduite à tenir devant les RPM tirée Pratique de l'accouchement 1994, 3<sup>ème</sup> édition SIMEP ; Paris.
  
- 7. Blond M H , Lenclen P ,Poulain R , Guillaume S.** Quels sont les risques liés aux portages vaginaux et aux infections génitales basses pour la mère, le fœtus et les nouveau-nés, Journal de gynéco-obstétrique Biologie Reproduction 1997 ; vol26, N°3 : P13-28.

**8. Cissé K.**

Facteurs de risque de la RPM au service de gynécologie et obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Thèse de médecine 2006.-M, p345

**9. Traoré 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, n°10.

**10. Coste JP , De Meeus JP , Bascou V.**

La RPM : Etude prospective de 218 observations.

Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 1994, no 23, page 193-201.

**11. Boog G.** La rupture prématurée des membranes tirées obstétrique

Université Francophone, Ellipses, Aupses, Aupelp/ UREF 1995 : P572-79.

**12. Alexander JM,Cox SM.** Clinical course of premature rupture of the membranes. Seminars in perinatology. 20 (5), 1996 Oct. : 369-74.

**13. Andriamady RCL , Rasamacliosa JM ,Rovaonarivoh H ,Ranfalahye**

**J.** Les ruptures prématurées des membranes vu à la maternité de Befelatanana, centre hospitalier universitaire d'Antananarivo 1998 ; Arch Inst Paster Madagascar 1999 65 (2) : 100-02.

**15. Aura JC , Pasquier P.** Rupture prématurée des membranes à terme, E M C (édition scientifique et médicales Elsevier SAS, Paris tous droit réservé) obstétrique 5-072-B-20.

**16. Barrat J H , Bossat J , Lewin D , Renaud R.** Traité d'obstétrique, la grossesse pathologique et l'accouchement dystocique, 2<sup>ème</sup> édition, Masson Paris New York Barcelone Milan, Mexicon Sao Paulo, P 1985.

**17. Benhain Y , Aucouturiery J , Hillian , Moilies 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.

**18. Bernard B.** La prématurité tirée ORSG, INSERM politiques périnatales, Guyane, antilles, Bresil, Analyse comparative ; 11/13 Novembre 1986. Gerard.Bréat Marcel clodion Joelle Sankali-Suzanon Laurista Correa, Filho, 77-84.

**19. 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-obstétrique Biologie Reproduction, 1997 ; vol26 N°5 : 717-22.

**20. Bon C , Roubille M , Maillavin A ,Pichot J.** La détection de la fibronectine fœtale 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.

**21. 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.

**22. Claris O , Audra P , Mellier , Neyrand D ,Salle B L.** La rupture prématurée des membranes avant 32 SA semaines, étude rétrospective de 72 enfants nés dans un centre périnatal, *Aphasie ; FRADA* 1996 Vol 43 N°7 : p488-9

**23. Claude J.** Les infections urinaires gravidiques, *La revue du praticien Gynécologie et Obstétrique* n° b83-15 mai 2004.

**24. De Meeus J B , Sima Ole-B , Bascou V , Magnin G.** Diagnostic de la RPM : valeurs respectives du test à la diamino-oxydase (DAO), et de la mesure du Ph vaginal, *Journal de gynécologie obstétrique* 1997 vol 26 N°7 : p730-33.

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

**26. Dreyfus M , Baldauf JJ , 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 obstétrique* 1995 vol 90 N°56 : p275-80.

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

**28. Foune A , Lesourd-Pontionnier.** Infections urinaires au cours de la grossesse, édition scientifique médicale 5-047-A-10.23. Françoise Aubert/hilipe Guittard : Les pathologies infectieuses pendant la grossesse, Essentiel Médical de poche, 2eme édition ELLIPSES 32 Rue Bargue Paris, P 1087.

**29. Francois A / Phlipe G.** Les pathologies infectieuses pendant la grossesse, Essentiel Médical de poche 2 ème édition ELLIPSES 32 Rue Bargue Parris, P 1087.

**30. Gillet JY , Guitilla J C , Magnin G , Querleu D ; Rozenberg P et al.** Liquide amniotique, physiologie, oligoamnios, hydramnios, édition Marketing, édition Marketing, éditeur des préparations grandes écoles Médecine, 32 Rue Barque 7501 Paris, 1994 : p41-44.

**31. Internet google.** Collège national des gynécologues et obstétriciens Français (CNGOF), 184 Rue Faubourg Saint Antoine 75 12 paris 7 décembre 1999.

**32. Koné H (épouse de Diassana).** L'infection urinaire et grossesse à la maternité René Cissé à propos de 35 cas, thèse de médecine Bamako 2002 N°75 : p151.

**33. Marret H, Descamps P , Fignon A , PerrotinF , Body G , Lancs J.** Conduite à tenir devant une rupture prématurée des membranes sur une grossesse mono fœtale avant 28 semaine d'aménorrhée ; Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 1998, vol.2, n°2, n°7 : p665-75.

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

**35. Sissoko M.** Accouchement Prématuro, 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.

**36. 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.

**37. Sylla C.** Les endométrites du postpartum dans le service de gynécobstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 51 cas. Thèse de médecine 2004-M : p79.

**38. Teguede I.** Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital du Point G de 1991 à 1993, à propos d'une étude cas – Témoin de 1544 cas, thèse de médecine Bamako 1996 ; n°07 : 133.

**39. Togo A.** L'infection urinaire sur grossesse dans le service de gynécobstétrique de l'hôpital Gabriel Touré, Thèse de médecine Bamako 1993 N°20.

**40. Touko siani P G.** Déclenchement artificiel du travail d'accouchement à propos de 35 cas, Thèse de Médecine 2005 M-94.

## **FICHE SIGNALITIQUE**

**Nom** : DIAKITE

**Prénom** : Moussa

**Titre de la thèse**: Aspects épidémiocliniques de la rupture prématurée des membranes au centre de santé de Référence de la commune IV du District de Bamako.

**Année de soutenance** : 2015-2016

**Pays d'Origine** : Mali

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

**Secteur d'intérêt** : Gynécologie- Obstétrique

### **RESUME**

IL s'agit d'une étude prospective et descriptive réalisée du 30 Avril 2014 au 31 Mars 2015 soit une période d'un an dans le service de gynécologie obstétrique du CSREF CIV. Nos objectifs étaient de déterminer la fréquence de la RPM, décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes, décrire les facteurs de risque de RPM et déterminer le pronostic fœtal en cas de rupture prématurée des membranes.

L'étude épidémiologique a montré une fréquence de 0,72% (45/ 6244). L'âge moyen des patientes était de 30 ans. L'infection urinaire a été la première cause.

Le retard de consultation favorise la survenue de complications dont les principales sont : la chorioamniotite, la procidence du cordon, la souffrance fœtale aigue, la Mort in utero.

La prématurité était associée à la RPM avec 57,80% des cas.

**Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako**

La choriomniotite était associée à la RPM avec 6,70 des cas.

L'accouchement par la voie basse a été obtenu dans 91,10% des cas.

Seulement 6,70% des gestantes ont subi une césarienne pour les indications suivantes : RPM/ utérus cicatriciel, Souffrance fœtale aigue, procidence du cordon battant.

Le pronostic maternel était bon, il n'ya pas eu de décès maternel.

Le pronostic fœtal était engagé avec 1 cas d'avortement, 1cas de souffrance fœtale et 1 cas de mort in-utéro.

L'expectative avec repos, antibiotique et maturation pulmonaire semblent être raisonnables.

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

**ANNEXES**

Fiche D'ENQUETE N°

**I. IDENTITE DE LA FEMME :**

Q 1. NOM.....

Q2. PRENOM.....

Q 3. AGE.....

- 1) Inf. à 18 ans, 2) 19-24 ans, 3) 25-29 ans, 4) 30-34 ans, 5) 30- 39 ans,  
6) Sup. ou égal à 40 ans.

Q 4. PROFESSION / \_\_\_\_\_ /

- 1) Ménagère, 2) Fonctionnaire, 3) Vendeuse, 4) Commerçante.

Q5. Adresse / \_\_\_\_\_ /

- 1) Commune IV, 2) Hors Commune IV

Q6. Statut matrimonial / \_\_\_\_\_ /

- 1) Mariée, 2) Célibataire, 3) Veuve, Divorcé.

Q7. Ethnie / \_\_\_\_\_ /

- 1) Bambara, 2) Peulh, 3) Malinké, 4) Sonrhäï, 5) Dogon, 6) Sarakolé,  
7) Sénoufo, 8) Bozo, 9) Minianka, 10) Autres.

Q8. Niveau d'étude/ \_\_\_\_\_ /

- 1) Non Scolarisée, 2) primaire, 3) Secondaire, 4) Supérieur

**II. ANTECEDENTS :**

Q.1 ACDT médicaux / \_\_\_\_\_ /

- 1) HTA, 2) Diabète, 3) Drepanocytose, autres à préciser.

Q2.ACDT Chirurgicaux / \_\_\_\_\_ /

1. Césarienne  
2. GEU  
3. Myomectomie

Q3.ACDT Gynécologiques/ \_\_\_\_\_ /

1. Cervicite  
2. Malformation  
3. Condylomes  
4. Chancre mou  
5. Syphilis  
6. Autre à préciser

**Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako**

**Q4. ACDT Obstétricaux**

1. DDR/ \_\_\_\_\_ /

2. Gestité/ \_\_\_\_\_ /

1) Primigeste, 2) Ppaucipare 3) Multigeste, 4) Grande multigeste.

3. Parité/ \_\_\_\_\_ /

1) Primipare, 2) Paucipare, 3) Multipare, 4) Grande multipare

4 ATCD de RPM / \_\_\_\_\_ /

1) Oui, 2) Non.

**III. Facteurs de risque**

Q1. Placenta praevia : / \_\_\_\_\_ /

1) Oui, 2) Non.

Q2. Hydramnios / \_\_\_\_\_ /

1) Oui, 2) Non

Q3. Infection urinaire / \_\_\_\_\_ /

1) Oui, 2) Non

Q4. Grossesse multiple / \_\_\_\_\_ /

1) Oui, 2) Non

Q5. Autres à préciser / \_\_\_\_\_ /

**IV. ADMISSION**

Q1. MODE D'ADMISSION/ \_\_\_\_\_ /

1) Venue d'elle-même, 2) Référée, 3) Evacuée

Q2. DIAGNOSTIC D'ADMISSION/ \_\_\_\_\_ /

1) Ecoulement liquidien, 2) Algies pelviennes, 3) Fièvre, 4) Autres.

**V. SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE :**

Q1. Nombre de CPN / \_\_\_\_\_ /

1) 0 CPN, 2) 1-4 CPN, Sup. à 4 CPN

Q2. Auteur des CPN / \_\_\_\_\_ /

1) Gynéco-obstétricien, 2) Médecin généraliste, 3) Sage-femme, 4) Infirmière obstétricienne, 5) Matrone, 6) Autres.

Q3. Type de grossesse / \_\_\_\_\_ /

1) Monofoetale, 2) Gemellaire, 3) Triple, 4) Autre.

Q4. Présentation du fœtus au moment de la rupture / \_\_\_\_\_ /

1) Céphalique, 2) Siège, 3) Transversale/ Epaule.

**Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako**

Q5. Pathologie de la grossesse / \_\_\_\_\_ /

- 1) Hydramnios, 2) Infection urinaire, 3) Cervicites, 4) Fibrome utérin, 5) Malformation utérine, 6) Béance cervico isthmique, 7) Diabète, 8) Incompatibilité foeto maternelle.

**VI. EXAMEN :**

Q1. Age de la grossesse au moment de la rupture / \_\_\_\_\_ /

- 1) Inf. à 28 ans, 28 à 32 SA, 2) 33 à 36 SA, 3) Sup. ou égal à 37 SA.

Q2. Survenue de la RPM :

1) Date / \_\_\_\_\_ /

2) Heure / \_\_\_\_\_ /

- 1) Inf. à 6 heures, 2) 6-12heures, Sup. ou égal à 12 heures

Q3. Circonstance de survenue / \_\_\_\_\_ /

- 1) Traumatique, 2) Spontanée, 3) Iatrogène, 4) Autre.

Q4. Hauteur utérine au moment de la RPM / \_\_\_\_\_ /

- 1) Inf. à 36 cm, 2) Sup. ou égal à 36 cm.

Q5. BDC / \_\_\_\_\_ /

- 1) 0 bts/mn, 2) Inf. à 120 bts/mn, 3) 120 à 160 bts/mn, 4) sup. à 160 bts/ mn.

Q6. Température maternelle : / \_\_\_\_\_ /

- 1) Inf. à 37°C, 2) 37,8-38,5°C, 3) Sup. 38,5°C.

Q7. Contractions utérines / \_\_\_\_\_ /

- 1) Absence de CU, 2) inf. à 1 CU/ 5mn, 3) sup. ou égal à 1 CU / 5mn.

Q8. Cerclage : / \_\_\_\_\_ /

- 1) Oui, 2) Non.

Q9. Dilatation du col

- 1) 0 cm, 2) inf. 3 cm, 3) sup. ou égal à 3 cm.

Q10. Métrorragies / \_\_\_\_\_ /

- 1) Oui, 2) Non.

Q11. Procidence du cordon : / \_\_\_\_\_ /

- 1) Oui, 2) Non.

Q12. Volume de l'écoulement : / \_\_\_\_\_ /

- 1) Ecoulement franc, 2) Ecoulement minime.

Q13. Couleur du liquide amniotique : / \_\_\_\_\_ /

- 1) Clair, 2) Jaune, 3) Vert, 4) Sanglant.

Q14. Odeur du LA : / \_\_\_\_\_ /

- 1) Non fétide, b) fétide.

**Aspects épidémiologiques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako**

Q15. Chorio-amnionite : / \_\_\_\_\_ /

1) Oui, 2) Non

Q16. Travail / \_\_\_\_\_ /

1) Spontanée, 2) Déclenchement.

**VII. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :**

Q1. Groupage rhésus :

1) Oui / \_\_\_\_\_ /, 2) Non / \_\_\_\_\_ / Si oui: / \_\_\_\_\_ /

a) A, b) B, c) AB, d) O

Q2. Bandelette urinaire :

1) Présence de Nitrite :

a) Oui / \_\_\_\_\_ & /, b) Non / \_\_\_\_\_ /

2) Présence de leucocyte :

a) Oui / \_\_\_\_\_ /, b) Non / \_\_\_\_\_ /

3) Présence de glucose :

a) Oui / \_\_\_\_\_ /, b) Non / \_\_\_\_\_ /

Q3. ECBU : / \_\_\_\_\_ /

1) Oui / \_\_\_\_\_ /, 2) Non / \_\_\_\_\_ /

3. Germe retrouvé / \_\_\_\_\_ /

Q4. AntibioGramme : / \_\_\_\_\_ /

1) Oui / \_\_\_\_\_ /, 2) Non / \_\_\_\_\_ /

Q5. Echographie obstétricale : / \_\_\_\_\_ /

1) Anamnios, 2) Oligoamnios, 3) Hydramnios, 4) Normal.

**VIII. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :**

Q1. Hospitalisation : / \_\_\_\_\_ /

1) Oui, 2) Non.

Q2. Repos au lit (Position de Trendelenburg) : / \_\_\_\_\_ /

1) Oui, 2) Non.

Q3. Antibiothérapie : / \_\_\_\_\_ /

1) Oui, 2) Non.

Si Oui : / \_\_\_\_\_ /

a) Amoxiclav. b) Ceftriaxone 1g, c) Ceftriaxone + Amoxiclav, d) Autres

**Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako**

Q4. Tocolyse : / \_\_\_\_\_ /

1) Oui, 2) Non.

Si oui / \_\_\_\_\_ /

a) Beta mimétique, b) Spasfon, c) Butyl, d) Autres.

Q5. Autres médicaments/ Moyens : / \_\_\_\_\_ /

**IX. PRONOSTIC :**

Q1. Pronostic maternel :

1) Délai entre RPM et expulsion/extraction : / \_\_\_\_\_ /

a) Inf. à 6 heures, b) 6-12 heures, c) Sup. ou égal 12 heures.

2) Délai entre RPM et début du travail : / \_\_\_\_\_ /

Q2. Pronostic fœtal : / \_\_\_\_\_ /

1) Bon, 2) Mauvais.

**X. ACCOUCHEMENT :**

Q1. Voie d'accouchement : / \_\_\_\_\_ /

1) Voie basse normale : / \_\_\_\_\_ /

a) Oui, b) Non.

2) Manœuvre obstétricale : / \_\_\_\_\_ /

a) Oui, Si oui le type de manoeuvre : / \_\_\_\_\_ /,  
b) Non.

3) Césarienne: / \_\_\_\_\_ /

a) Oui, b) Non.

Si oui le motif / \_\_\_\_\_ /

**XI. NOUVEAU- NE(S) :**

Q1. Nné : / \_\_\_\_\_ /

1) Vivant, 2) Mort-né

Q2. Poids : / \_\_\_\_\_ /

1) Inf. ou égal à 2000g, 2) 2000-2500g, 3) Sup. ou égal à 2500g.

Q3. Taille : / \_\_\_\_\_ /

1) Inf. à 47 cm, Sup. ou égal à 47 cm.

Q4. Apgar 1' / \_\_\_\_\_ /

1) Inf. ou égal à 7, 2) Sup. ou égal 7.

Q5. Apgar 5' : / \_\_\_\_\_ /

1) 0, 2) Inf. ou égal à 3, 3) 4-7, 4) Sup à 7.

**Aspects épidémiolo-cliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako**

Q6. Réchauffement : / \_\_\_\_\_ /  
1) Oui, 2) Non.

Q7. Réanimation / \_\_\_\_\_ /  
1) Oui, si oui durée de réanimation / \_\_\_\_\_ /,  
2) Non.

Q8. Evacuation Nnés / \_\_\_\_\_ /  
1) Oui, Si oui le motif / \_\_\_\_\_ /, 2)  
Non.

**XI. COMPLICATIONS Post-partum:**

Q1. Complications maternelles : / \_\_\_\_\_ /  
1) Endométrite, 2) Suppuration pariétale, 3)  
Suppuration d'épisiotomie, 4) Aures.

Q2. Complications néonatales : / \_\_\_\_\_ /  
1) Pré maturité, 2) Souffrance néonatale, 3)  
Hypothermie 4) Malformation, 5) Autres.

Q3. Mortalité néonatale : / \_\_\_\_\_ /  
1) Oui, Si oui le motif / \_\_\_\_\_ /, 2) Non.

**XII. HOSPITALISATION :**

- Date d'hospitalisation :
- Date de sortie :
- Durée d'hospitalisation :  
1) Inf. à 3 jours, 2) 4-7 Jours, 3) Sup. à 7 Jours.

Traitement administré

- Q1. Antibiotique / \_\_\_\_\_ /  
1) Oui, 2) Non.
- Q2. Maturation pulmonaire / \_\_\_\_\_ /  
1) Oui, 2) Non.
- Q3. Antispasmodique / \_\_\_\_\_ /  
1) Oui, 2) Non.
- Q4. Antalgique / \_\_\_\_\_ /  
1) Oui, 2) Non.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure