

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

\*\*\*\*\*

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

\*\*\*\*\*  
**Un Peuple-Un But-Une Foi**



**U.S.T.T-B**

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE  
FMOS**



# **THESE**

**ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE, THERAPEUTIQUE  
ET PRONOSTIQUE DE LA RUPTURE UTERINE  
DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE-  
OBSTETRIQUE DU CHU DU « POINT G »**

Présentée et soutenue publiquement le 16/ 10/2019 par

**Mme Mariama Mamane BAKO**

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

## **JURY**

**PRESIDENT : Pr TOGOLA BIRAMA**

**MEMBRE : Dr KANTE Ibrahim**

**CO DIRECTEUR : Dr SIMA Mamadou**

**DIRECTEUR : Pr THERA Tioukani Augustin**

# DEDICACES

## DÉDICACES

**Au nom d'ALLAH, le tout miséricordieux, le très miséricordieux.**

**Je rends grâce à ALLAH**

*Je dédie ce travail à...*

*ALLAH, le tout puissant, le clément, le miséricordieux.*

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

**Je dédie ce modeste travail...**

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

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

**A feu docteur Ibrahim ONGOIBA :**

*Vous étiez une personne avec tellement de qualités que je ne saurais les citer. Vous nous avez été violemment arrachés de nos bras mais nous appartenons tous à ALLAH et c'est vers lui que nous retournerons. Vous avez été l'initiateur de ce travail celui qui m'a donné l'amour de la gynécologie et l'obstétrique, cher maître nous ne cesserons jamais de vous remercier et prier pour le repos éternel de votre âme au paradis. On ne vous oubliera jamais.*

**À ma mère Korotoumou KANTE :**

*Femme courageuse, brave, croyante et généreuse, tu as su bien prendre soin de nous tes enfants. Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que tu as fait pour moi. Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la rigueur, le respect de soi et des autres.*

*Ton 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. Amine*

*Je t'aime maman chérie.*

### **À mon père Mamane Madougou BAKO :**

*Tu es le père dont rêverait tout enfant travailleur, courageux, compréhensif, toujours assidu au travail pour que ta famille ne manque de rien. Je suis fière d'être ta fille et je ferai tout ce qui est à mon pouvoir pour que tu puisses être fière de moi.*

*Puisse ALLAH te garder auprès de nous pour que tu puisses continuer à être fière de nous. Amine*

### **À ma grand-mère Maman DAMBA :**

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

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

**À mon cher oncle Ousmane papa KANTE :**

*Aucune dédicace ne saurait traduire la profondeur des sentiments d'affection, d'amour et d'estime que je te porte. Tu as été plus qu'un père pour moi, tu as cru en moi et je me suis toujours senti en confiance, rassurer et même favoriser.*

*Sans ta présence, ta patience et tes énormes sacrifices, je n'aurai jamais pu arriver à ce niveau. Que ce travail soit le fruit de l'affection et de la bienveillance que tu as consenti pour mon éducation et ma formation.*

*Puisse Dieu te donner la santé, le bonheur, la prospérité et une longue vie.  
Amine*

**À mon oncle Alassane MONO :**

*Chéri vieux comme j'aime affectueusement t'appeler, tu m'as toujours soutenu dans mon choix de faire la médecine contrairement aux autres qui pensaient que les longues études n'étaient pas pour les femmes. Tu m'as toujours dit tu peux y arriver et je suis arrivée grâce à tes conseils. Merci docteur puisse ALLAH continuer de t'accorder sa grâce. Amine*

**À mon mari Alhousseini CAMARA :**

*Aucun mot ne saurait exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour la tendresse et la gentillesse dont tu m'as toujours entouré mon calby. J'espère que tu trouveras dans ce travail l'expression de mes sentiments de reconnaissance les plus sincères.*

*Puisse le tout puissant nous aider à former cette famille dont nous avons toujours rêvé et t'accorder la santé, la longévité et le succès dans la réalisation de tes projets. Amine*

**À ma grande sœur Aminata Tanti KEITA :**

*Ma confidente, mon amie et ma seconde maman, celle qui a toujours été présente quand j'en avais besoin. Tu ne peux pas savoir combien je t'aime, sois sûre d'une chose ta « sirafolo » sera toujours fière de toi. Puisse ALLAH dans sa miséricorde infinie te bénir d'avantage, te protéger, t'assister dans tout ce que tu entreprendras. Amine*

*Ce travail est le fruit de tout ton effort pour que je puisse maîtriser les mathématiques durant mes études primaires et ça m'a été d'une grande aide. Que DIEU bénisse ton foyer, merci et tu sais le pourquoi.*

# REMERCIEMENTS

## REMERCIEMENTS

*À tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé à la réalisation de ce travail, trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.*

### **À ma Tante Ramata MONO :**

*Aucune parole ne peut être dite à sa juste valeur pour exprimer mon amour et mon attachement à toi. Tu as toujours été une femme que j'admire dans toute sa splendeur, car depuis mon enfance je n'ai vu que droiture, humanisme, sérieux et bonté en toi.*

*Tu m'as toujours soutenu et motivé lorsque j'étais désespérée et accablée. Saches que je suis très fière de toi. Merci pour tout, ce travail est aussi le tien.*

*Puisse Dieu te donner une longue vie. Amine*

### **À ma Tante Djeneba SACKO :**

*Tu es la preuve de la bonté du SEIGNEUR, Chère tante, ta gentillesse, ta disponibilité, ton attachement à la famille font de toi un exemple.*

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

### **À mes cousins et cousines : Seydou SYLLA, Sory Ibrahim GANAME, Mamadou KANTE, Hadizatou KANTE, Moussa KANTE, Abdoul Karim KANTE, Habibatou Zita DIABAGATE.**

*Sachant que l'union est la plus grande richesse d'une famille, vous vous êtes toujours battu corps et âme pour qu'on soit une famille très unie malgré la distance. Cette thèse est aussi la vôtre. Je vous aime tous et sachez que chacun de vous occupe une place particulière dans mon cœur.*



*Puisse le tout puissant vous accorder toujours la paix et la cohésion au sein de cette belle famille.*

**À mes Tontons et Tantes :**

*J'ai toujours bénéficié de vos conseils qui m'ont permis d'avancer. Votre soutien et votre aide m'ont été très précieux. J'espère que vous trouverez satisfaction pour tous vos efforts à travers ce travail.*

*Que le bon Dieu vous paye pour votre générosité. Amine*

**À toute la ligue des élèves et étudiants du MALI :**

*Vous êtes si nombreux que je ne peux vous citer individuellement. Vous avez été une famille pour moi, on s'est connu pour la cause d'ALLAH, puisse t'il vous récompensez par le bien. Amine*

**À mes Amis :**

*Pour n'oublier personne, merci à tous. Merci pour votre amitié, votre disponibilité et vos avis. J'ai le cœur rempli d'espairs pour nous tous... Restons toujours solidaires...*

**À Monsieur Docteur Laurent ESSOMBA :**

*Tu as toujours été là pour moi peu importe le jour et l'heure. Ce travail est aussi le tien. Merci et comme tu le dis, œuvrons chaque jour pour être quelqu'un de bien.*

*Puisse ALLAH nous guider dans le droit chemin. Amine*

**À mon groupe d'étude : Charlène, Olivia, Pierrot et Nathan :**

*Vous êtes tout simplement formidables, merci pour tous ces bons moments et vos soutiens ont été sans faille durant ces années. Je souhaite à vous tous un bel avenir mes chers collègues.*

**À mes Maîtres du primaire :**

*Je remercie tous les enseignants du primaire qui ont su m'apporter un gout certain pour les études.*

*Une attention particulière à **Mr DEMBELE** qui m'a appris les bases : Lire et écrire...*

**À mes enseignants du secondaire :**

*Je remercie tous les enseignants du **Lycée Mamadou Kardjigué DIAKITE** « les papillons » pour la qualité de leurs enseignements.*

**À Mme DEMBELE BINTOU Kouyaté et Lamine DEMBELE :**

*Vous êtes plus que des amis pour moi, vous êtes une famille, merci pour vos conseils et vos conversations si sincères.*

*Qu'ALLAH vous maintienne ensemble et bénisse votre foyer. Amine*

**À Monsieur le Docteur Guillaume GOUMPOUTH :**

*Les mots ne suffiront pas pour vous remercier pour toutes les heures, de jour comme de nuit, à la maison comme à l'hôpital, passées à faire, faire encore et refaire les analyses statistiques pour ce travail.*

*Merci pour votre disponibilité, votre patience et surtout votre humanisme. Veuillez recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance.*

*Puisse le bon Dieu réaliser vos vœux les plus ardents. Amine*

**À Mamery DOUMBIA :**

*Amis depuis le lycée, nous avons eu le baccalauréat ensemble puis le numerus depuis lors nous sommes devenus frère et sœur. Merci pour ces moments de fous*

*rières ensemble, même si je te fatigue beaucoup, sache que tu comptes beaucoup pour moi.*

*Puisse ALLAH nous aider à être de bons médecins comme on en a toujours voulu. Amine*

**À Monsieur Abou SOGODOGO :**

*Je vous remercie pour votre disponibilité, votre amabilité et surtout votre simplicité. Votre maîtrise parfaite de l'outil informatique m'a beaucoup impressionné et je vous suis extrêmement reconnaissante pour votre aide.*

**À mes encadreurs du CHU POINT G : Dr THERA Tioukani, DR TRAORE Mamadou, Dr SIMA Mamadou, Dr COULIBALY Ahmadou, Dr KONE Koniba, Dr KANTE Ibrahim et feu Dr ONGOIBA Ibrahim.**

*Merci pour tout ce que vous nous avez appris dans le domaine de la Gynécologie-Obstétrique.*

*Nous sommes fières d'être vos élèves et garderons précieusement tous vos enseignements.*

*Merci pour tout, je vous dois beaucoup. Et je ne l'oublierai pas...*

**À tous les DES de la Gynécologie-Obstétrique :**

*Mes sincères remerciements pour votre accompagnement. Merci pour votre attachement fraternel.*

**À mes camarades internes : Kalifa DIARRA, Boureima GUINDO, Amadou DIALLO, Mariam SANGARE, Sokona SIDIBE, Afissatou AKPA, Fatoumata SAMASSI, Ibrahim SANGARE, Paul GUINDO, Binafou NIMAGA, Cheik DIARRA, Soumaila BAGAYOKO, Alhassane DIABATE, Drissa KAMAGUILE, Moriba SAMAKE, Moussa CAMARA, Mahamane**

**MAIGA, Orokia SIMPARA, Hamidou DIARRA , Oumou KEITA et  
Nassira SIDIBE**

*Un grand merci pour tous les bons moments passés ensemble, mes stages se sont  
passés dans une ambiance chaleureuse avec entraide et complicité.*

**Aux sages-femmes et infirmières de la gynécologie-obstétrique :**

*Je remercie l'ensemble des sages-femmes et infirmières. J'ai énormément appris  
à vos côtés. Merci pour tous ces bons moments de partage et pour tous les fous  
rires que j'ai eu avec vous. Je ne suis pas prête de vous oublier.*

**À Tonton Adama MONO :**

*Merci, c'est un mot très simple. Ce que je souhaiterai exprimer est au-dessus de  
cela.*

*Je suis à la fois touchée et reconnaissante pour l'aide que tu m'as apporté et je  
ne pourrai jamais te remercier assez.*

**À tous les membres de la promotion de feu Pr IBRAHIM ALWATA,** et plus  
spécifiquement à Feu Bamory KONE c'était toi la personne exceptionnelle de  
notre promotion.

Puisse ALLAH te faire miséricorde. Amine

**A la Cité OUA ;**

**À tous ceux que j'ai croisé à un moment de mon parcours et que j'ai oublié  
de citer...**

**Et à tous ceux qui ont contribué un jour à ma formation de médecin,  
j'espère être à la hauteur de vos espérances en moi.**

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :**

**Professeur TOGOLA Birama**

- **Maître de conférences en Chirurgie Générale à la FMOS**
- **Spécialiste en Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire**
- **Praticien hospitalier au CHU du point G**

Cher Maître

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

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

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

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE :**

### **Dr KANTE Ibrahim**

- **Gynécologue-Obstétricien au CHU du point G ;**
- **Maitre- assistant de gynécologie et d'obstétrique à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CHU du point G ;**
- **Spécialiste en Infertilité ;**
- **Président de l'antenne du groupe inter africain d'étude, de recherche et d'applicabilité sur la fertilité au Mali (GIERAF) ;**
- **DU en Hormonologie ;**
- **DU en Endoscopie ;**
- **DU en Endocrinologie ;**

Cher Maître,

Vous nous avez honorés en acceptant de siéger à ce jury. C'est un privilège et un grand honneur que vous nous avez fait. Vos connaissances scientifiques ainsi que vos qualités humaines forcent le respect.

Recevez ici, cher maître le témoignage de notre profonde gratitude. C'est l'occasion pour nous de vous exprimer humblement nos vives émotions.

## **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

**Dr SIMA Mamadou**

- **Gynécologue-Obstétricien au CHU du point G ;**
- **Maitre- assistant de gynécologie et d'obstétrique à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CHU du point G**

Cher Maître,

Votre présence dans ce jury de thèse nous comble au plus haut degré. Nous avons été marqués par vos qualités humaines, votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait. Merci pour la patience que vous avez manifestée à notre égard. Veuillez accepter, cher maître l'expression de notre respect et de notre éternelle reconnaissance.



## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Professeur THERA Tioukani Augustin**

- **Gynécologue-Obstétricien ;**
- **Praticien hospitalier au CHU du point G ;**
- **Maitre de conférences à la FMOS ;**
- **Chef de service de gynécologie-Obstétrique au CHU du point G**

Cher Maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en encadrant ce travail. La simplicité, la disponibilité et l'extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez. La clarté de vos explications, la qualité de votre raisonnement ainsi que votre accueil chaleureux font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

# **LISTE DES ABREVIATIONS**

**AVP** : Accident de la voie publique ;  
**BDCF** : Bruits du cœur fœtal ;  
**BGR** : Bassin généralement rétréci ;  
**CCC** : Communication pour le changement de comportement ;  
**CHU** : Centre hospitalier universitaire ;  
**CM** : Centimètre ;  
**CPN** : Consultation pré natale ;  
**CPON** : Consultation post natale ;  
**CSCOM** : Centre de santé communautaire ;  
**CSREF** : Centre de santé de référence ;  
**CU** : Contraction utérine ;  
**DDR** : Date des dernières règles ;  
**FMOS** : Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie ;  
**FR** : Fréquence respiratoire ;  
**G** : Gramme ;  
**Gr- Rh** : Groupage rhésus ;  
**GT** : Gabriel TOURE ;  
**Hb** : Hémoglobine ;  
**HPPI** : Hémorragie du post partum immédiat ;  
**HRP** : Hématome retro placentaire ;  
**HTA** : Hypertension artérielle ;  
**HU** : Hauteur utérine ;  
**IIG** : Intervalle inter génésique ;  
**LRT** : Ligature et résection des trompes ;  
**mm hg** : Millimètre de mercure ;  
**mm** : Millimètre ;  
**NFS** : Numération formule sanguine ;  
**PF** : Planification familiale ;  
**PMA** : Procréation médicalement assisté ;  
**PP** : Placenta préviae ;  
**RU** : Rupture utérine ;  
**T<sup>0</sup>** : Température ;  
**TA** : Tension artérielle ;  
**VAT** : Vaccin anti tétanique ;  
**VIH** : Virus immuno déficience humaine ;  
**VME** : Version par manœuvre externe ;  
**VMI** : Version par manœuvre interne ;

# **TABLES DES ILLUSTRATIONS**

## Liste des figures

<b>FIGURE 1 : ORGANIGRAMME DU SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU CHU POINT G</b> .....	55
<b>FIGURE 2 : EVOLUTION DES RUPTURES UTERINES PAR ANNEE D'ACCOUCHEMENT</b> .....	63
<b>FIGURE 3 : REPARTITION DES PATIENTES SELON L'AGE MATERNEL ... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>	
<b>FIGURE 4 : REPARTITION DE PATIENTES SELON LA RESIDENCE</b> .....	64
<b>FIGURE 5: REPARTITION DES PATIENTES SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION</b> .....	64
<b>FIGURE 6 : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA PROFESSION</b> .....	65
<b>FIGURE 7 : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE MODE D'ADMISSION</b> .....	66
<b>FIGURE 8 : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE MOYEN DE TRANSPORT</b> .....	66
<b>FIGURE 9 : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA PARITE</b> .....	67
<b>FIGURE 10 : REPARTITION DES PATIENTES SELON LES ANTECEDENTS CHIRURGICAUX</b> .....	68
<b>FIGURE 11 : REPARTITION DES PATIENTES SELON QUALIFICATION DE L'AUTEUR DES CPN</b> .....	70
<b>FIGURE 12 : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA PRESENCE DES BRUITS DU CŒUR FŒTAL</b> .....	72
<b>FIGURE 13 : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE TYPE DU BASSIN</b> .....	73
<b>FIGURE 14 : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE SIEGE DE LA RUPTURE UTERINE</b> .....	77
<b>FIGURE 15 : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE TYPE D'INTERVENTION</b> .....	78
<b>FIGURE 16 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE LA TRANSFUSION SANGUINE</b> .....	79
<b>FIGURE 17 : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE TYPE DE COMPLICATIONS</b> .....	81
<b>FIGURE 18 : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE MOMENT DE SURVENUE DES DECES</b> .....	86

## Liste des tableaux

<b>TABLEAU I : EVOLUTION DE LA HU</b> .....	16
<b>TABLEAU II : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA PROFESSION DU CONJOINT</b> .....	65
<b>TABLEAU III : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE MOTIF DE REFERENCE</b> .....	67

<b>TABLEAU IV : REPARTITION DES PATIENTES SELON L'INTERVALLE INTERGENESIQUE.....</b>	<b>68</b>
<b>TABLEAU V : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE NOMBRE DE CICATRICE UTERINE.....</b>	<b>69</b>
<b>TABLEAU VI : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE NOMBRE DE CPN .....</b>	<b>69</b>
<b>TABLEAU VII : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE LIEU DES CPN .....</b>	<b>70</b>
<b>TABLEAUX VIII : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE LIEU DE DEROULEMENTDUTRAVAILD'ACCOUCHEMENT.....</b>	<b>71</b>
<b>TABLEAU IX : REPARTITION DES PATIENTES SELON L'ETAT CLINIQUE A L'ADMISSION.....</b>	<b>71</b>
<b>TABLEAU X : REPARTITION DES PATIENTES SELON LES SIGNES CLINIQUES DE LARUPTUREUTERINE.....</b>	<b>72</b>
<b>TABLEAU XI : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA CIRCONSTANCE DE SURVENUE DE LA RUPTURE UTERINE .....</b>	<b>73</b>
<b>TABLEAU XII : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE TYPE DE PRESENTATION.....</b>	<b>74</b>
<b>TABLEAU XIII : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA DUREE DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT.....</b>	<b>74</b>
<b>TABLEAU XIV : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE MODE D'ACCOUCHEMENT.....</b>	<b>75</b>
<b>TABLEAU XV : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE STATUT UTERIN.....</b>	<b>75</b>
<b>TABLEAU XVI : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA PERIODE DE DIAGNOSTICDELARUPTUREUTERINE.....</b>	<b>76</b>
<b>TABLEAU XVII : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE TYPE DE RUPTURE UTERINE.....</b>	<b>76</b>
<b>TABLEAU XVIII : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE TYPE DE LESIONS ASSOCIEES.....</b>	<b>77</b>
<b>TABLEAU XIX : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE POIDS DE NAISSANCE.....</b>	<b>78</b>
<b>TABLEAU XX : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA DUREE DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE.....</b>	<b>79</b>
<b>TABLEAU XXI : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE TRAITEMENT POST OPERATOIRE.....</b>	<b>80</b>
<b>TABLEAU XXII : REPARTITION DES PATIENTES SELON L'EVOLUTION DES SUITES OPERATOIRES.....</b>	<b>80</b>

<b>TABLEAU XXIII : REPARTITION DES PATIENTES SELON L'AGE ET L'ETAT DE L'UTERUS.....</b>	<b>81</b>
<b>TABLEAU XXIV : REPARTITION SELON LE MODE D'ADMISSION DES PATIENTES ET LA RUPTURE UTERINE.....</b>	<b>82</b>
<b>TABLEAU XXV : REPARTITION SELON LA PARITE ET LE TYPE DE RUPTURE UTERINE.....</b>	<b>82</b>
<b>TABLEAU XXVI : REPARTITION SELON LA PARITE ET L'ETAT DE L'UTERUS....</b>	<b>83</b>
<b>TABLEAU XXVII : REPARTITION SELON L'INTERVALLE INTER GENESIQUE ET L'ETAT DE L'UTERUS (UTERUS CICATRICAL ET UTERUS SAIN).....</b>	<b>83</b>
<b>TABLEAU XXVIII : REPARTITION SELON LA QUALIFICATION DE L'AUTEUR DE CPN ET LA RUPTURE UTERINE (UTERUS CICATRICAL ET UTERUS SAIN)....</b>	<b>84</b>
<b>TABLEAU XXIX : LIEU DU DEROULEMENT DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT / RUPTURE.....</b>	<b>84</b>
<b>TABLEAU XXX : REPARTITION SELON L'UTILISATION ABUSIVE DES OCYTOCIQUES ET LA RUPTURE UTERINE (UTERUS CICATRICAL ET UTERUS SAIN).....</b>	<b>85</b>
<b>TABLEAU XXXI : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE PRONOSTIC MATERNEL.....</b>	<b>85</b>
<b>TABLEAU XXXII : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE LA DUREE D'HOSPITALISATION.....</b>	<b>87</b>
<b>TABLEAU XXXIII : REPARTITION DES NOUVEAUX NES VIVANTS SELON L'APGARALA1èreMINUTE.....</b>	<b>87</b>
<b>TABLEAU XXXIV: REPARTITION SELON LA NATURE DE LA RUPTURE / ETAT DU FETUS.....</b>	<b>87</b>
<b>TABLEAU XXXV: REPARTITION SELON LA NATURE DE LA RUPTURE / POIDS DU FETUS.....</b>	<b>88</b>

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>I. OBJECTIFS</b>	
<b>1.1. Objectif général</b> .....	<b>3</b>
<b>1.2. Objectifs Spécifiques</b> :.....	<b>3</b>
<b>II. GENERALITES</b>	
<b>2.1. Anatomie de l’utérus</b> :.....	<b>4</b>
<b>2.2. Rappels embryologiques</b> :.....	<b>4</b>
<b>2.1.2. Utérus non gravide</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2. Physiologie de l’utérus gravide</b> :.....	<b>27</b>
<b>2.2.1. Filets sympathiques (nerfs hypogastriques)</b> :.....	<b>27</b>
<b>2.2.2. Excitabilité conductibilité des fibres utérines</b> :.....	<b>27</b>
<b>2.2.3. Caractéristiques des contractions utérines douloureuses : (I<sup>2</sup>R<sup>2</sup>TP)</b> .....	<b>28</b>
<b>2.3. Mécanismes des ruptures</b> :.....	<b>28</b>
<b>2.5. Lésions anatomiques</b> :.....	<b>32</b>
<b>2.7. Etiologies</b> :.....	<b>35</b>
<b>2.8. Etude clinique</b> :.....	<b>37</b>
<b>2.8.1. Circonstance de découverte</b> :.....	<b>37</b>
<b>2.8.2. Type de description : Rupture utérine sur utérus sain</b> : .....	<b>38</b>
<b>2.8.3. Les formes cliniques</b> :.....	<b>41</b>
<b>2.8.3.1. Ruptures au cours de la grossesse</b> : .....	<b>41</b>
<b>2.9. Evolution et complications</b> :.....	<b>43</b>
<b>2.10. Diagnostic</b> .....	<b>44</b>
<b>2.10.1. Diagnostic positif</b> .....	<b>44</b>
<b>2.10.2. Diagnostic différentiel</b> .....	<b>44</b>
<b>2.11. Traitement</b> :.....	<b>46</b>
<b>2.11.1. Traitement curatif</b> :.....	<b>46</b>
<b>c. Traitement préventif</b> :.....	<b>49</b>



<b>2.12. Pronostic et surveillance :</b> .....	<b>51</b>
<b>2.12.1. Pronostic :</b> .....	<b>51</b>
<b>2.12.2. Surveillance :</b> .....	<b>51</b>
<b>III. METHODOLOGIE</b>	
<b>IV. RESULTATS</b>	
<b>4.1. Fréquence :</b> .....	<b>63</b>
<b>4.2. Caractéristiques sociodémographiques :</b> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>4.3. Admission</b> .....	<b>66</b>
<b>4.4. Antécédents</b> .....	<b>67</b>
<b>4.4.1. Antécédents obstétricaux</b> .....	<b>67</b>
<b>4.4.2. Antécédents chirurgicaux</b> .....	<b>68</b>
<b>4.5. Suivi de la grossesse</b> .....	<b>69</b>
<b>4.6. Travail d'accouchement</b> .....	<b>71</b>
<b>4.7. Données cliniques</b> .....	<b>76</b>
<b>4.8. Diagnostic</b> .....	<b>73</b>
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b>	
<b>5.1. Fréquence</b> .....	<b>88</b>
<b>5.2. Caractéristiques socio- démographiques</b> .....	<b>88</b>
<b>5.3. Admission</b> .....	<b>89</b>
<b>5.4. Antécédents</b> .....	<b>90</b>
<b>5.5. Suivi de la grossesse : consultation prénatale</b> .....	<b>91</b>
<b>5.6. Travail d'accouchement :</b> .....	<b>92</b>
<b>5.7. Données cliniques</b> .....	<b>92</b>
<b>5.8. Diagnostic étiologique</b> .....	<b>93</b>
<b>5.9. Lésions anatomiques</b> .....	<b>94</b>
<b>5.10. Traitement de la rupture utérine</b> .....	<b>95</b>
<b>5.11. Pronostic</b> .....	<b>96</b>
<b>VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b>	
<b>6.1. Conclusion</b> .....	<b>98</b>

<b>6.2. Recommandations .....</b>	<b>99</b>
<b>VII. BIBLIOGRAPHIE</b>	
<b>VIII. ANNEXES</b>	
<b>8.1. Score d’Apgar : .....</b>	<b>a</b>
<b>8.2. Score de Glasgow : .....</b>	<b>b</b>
<b>8.3. Fiche signalétique .....</b>	<b>c</b>
<b>8.4. Fiche d’enquête.....</b>	<b>d</b>
<b>SERMENT D’HIPPOCRATE .....</b>	<b>i</b>

# INTRODUCTION

## INTRODUCTION

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

Le premier écrit sur cette pathologie est l'œuvre de *GUILLEMEAU* au début du XVII<sup>ème</sup> siècle. Dans son ouvrage intitulé « de la grossesse et de l'accouchement », il montre toute la gravité du pronostic qu'elle entraîne chez la femme enceinte par la déchirure du muscle utérin [1].

Les premières études africaines ont été faites en Algérie, au Maroc et en Tunisie. Au Mali, ce sujet a été l'objet de plusieurs travaux antérieurs sous forme de thèses de doctorat en médecine.

La rupture utérine demeure une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelles dans les pays du tiers monde, particulièrement au Mali. Elle occupe avec l'hémorragie qu'elle entraîne, 30% des principales causes de décès dans les pays en voie de développement [1].

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 [2].

A l'hôpital Gabriel Touré, elle occupe la quatrième place avec une fréquence de 8,62% des cas [3].

La rupture utérine constitue l'un des principaux motifs d'urgences obstétricales [4] au service de Gynécologie - Obstétrique du CHU du Point G.

Aujourd'hui, la rupture utérine est exceptionnelle dans les pays développés : en France il est rapporté une rupture utérine pour 1 299 accouchements [5], aux USA une rupture utérine pour 16 849 accouchements [6].

Cette pathologie ne doit pas être une fatalité dans nos pays.

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

Quant à la prévention, elle nécessite une politique de santé bien élaborée, prenant en compte une meilleure couverture sanitaire, une dotation suffisante des infrastructures, une bonne formation et répartition du personnel qualifié, une meilleure organisation de la référence/évacuation et une bonne communication pour le changement de comportement (CCC) de la population.

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

Pour mieux cerner ce problème nous avons initié ce travail au CHU du Point G qui est un centre de référence de troisième niveau de la pyramide sanitaire en République du Mali.

Ainsi nous nous sommes assigné les objectifs suivants :

# OBJECTIFS

## **I. OBJECTIFS**

### **1.1. Objectif général**

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques de la rupture utérine dans le service de Gynécologie Obstétrique au CHU Point G.

### **1.2. Objectifs Spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de la rupture utérine ;
- Préciser les caractéristiques sociodémographiques des patientes ;
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des ruptures utérine ;
- Déterminer le pronostic maternel, fœtal et néonatal.

# GENERALITES



## II. GENERALITES

### 2.1. Anatomie de l'utérus :

L'utérus est un muscle creux destiné à recevoir l'œuf après sa migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement. [7]

#### 2.1.1. Rappels embryologiques :

Vers la 8<sup>ème</sup> semaine, le segment inférieur du canal de Müller, au-dessous du croisement avec le ligament inguinal fusionne avec son homologue opposé pour former le canal utéro-vaginal, impair et médian. Cette fusion commence en bas et progresse jusqu'à la future corne utérine. La cloison médiane disparaît à la fin du 3<sup>ème</sup> mois.

➔ Les canaux de Müller forment les trompes et l'utérus.

Leur partie crâniale, ouverte dans la cavité coelomique forme le pavillon de la trompe.

- Leur partie moyenne constitue le reste de la trompe.
- Leur partie caudale, située au-dessous de leur croisement avec le ligament inguinal (futur ligament rond) a fusionné sur la ligne médiane et est l'origine de l'utérus. En aval de son croisement avec la corne utérine, le ligament inguinal forme le ligament rond.
- La partie supérieure du canal utéro-vaginal fournit l'épithélium de la muqueuse utérine.
- La musculature utérine ou myomètre, se différenciera à partir de la gaine conjonctive résultant de la fusion des deux cordons uro-génitaux. Le manchon mésenchymateux est relié de chaque côté à la paroi par le mésométrium, prolongement du méso uro-génital.

➤ Les deux canaux de Wolff régressent, laissant parfois persister les organes de GÄRTNER (quelques reliquats embryonnaires de peu d'importance).

Les tubes mésonéphrotiques disparaissent aussi, ce qui fait qu'il n'y aura aucune connexion directe entre l'ovaire et les conduits génitaux.

➤ La partie postérieure du sinus uro-génital prolifère en regard de l'extrémité caudale des canaux de Müller fusionnés et donnera le vagin.

➤ Du sinus uro-génital monte un massif épithélial plein (formé au début de deux colonnes épithéliales) qui vient à la rencontre de l'extrémité caudale des canaux de Müller fusionnés. Cette ébauche épithéliale se creuse secondairement et constitue le vagin dans lequel s'abouche l'orifice du col de l'utérus. Lors de ce creusement du vagin, persiste une cloison transversale, mince et perforée : l'hymen.

Seul l'épithélium de l'utérus et du vagin dérive de la formation précédemment décrite. Les composantes musculaires et conjonctives de leur paroi proviennent du mésenchyme environnant [7].

## **2.1.2. Utérus non gravide**

### **2.1.2.1. Anatomie descriptive**

#### ***a. Situation***

Il est situé au milieu du pelvis et est en rapport avec :

- La vessie en avant et le rectum en arrière ;
- Les anses grêles et le colon en haut et le vagin en bas.

#### ***b. Forme***

L'utérus a la forme d'un cône tronqué aplati d'avant en arrière. Il comprend trois parties :

### ➤ Le corps

Il est triangulaire et aplati d'avant en arrière. Sa base est dirigée vers le haut et son sommet répond à l'isthme. Il est de consistance ferme. Il comprend :

- Deux faces dont une antéro-inférieure lisse et une postéro-supérieure convexe.
- Deux angles latéraux
- Et trois bords dont deux latéraux et un supérieur ou fond utérin.

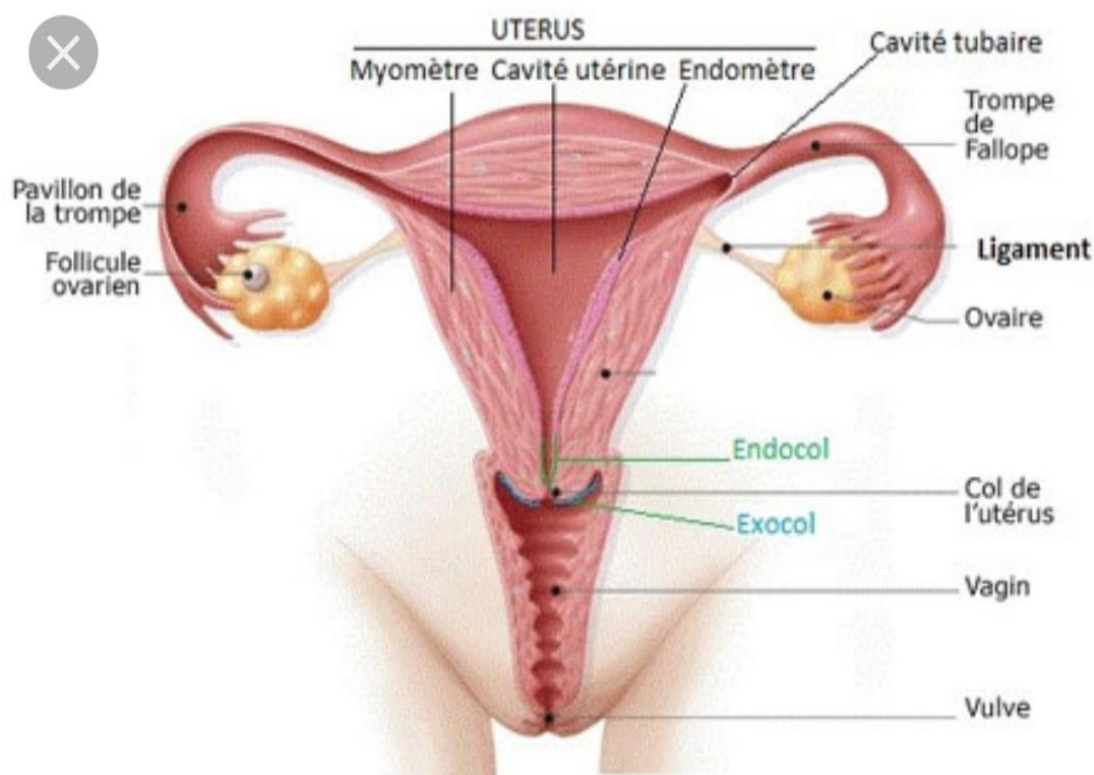
### ➤ L'isthme

Il est rétréci et sépare le corps du col. En avant, il est en rapport direct avec la vessie et le fond du cul-de-sac vésico-utérin.

### ➤ Le col de l'utérus

En forme de barillet, il donne insertion au vagin suivant une ligne large de 0,5 cm environ, oblique en bas et en avant. On peut lui distinguer donc trois parties

- **Supra vaginale** qui continue avec le corps.
- **Intra-vaginale** encore appelée museau de tanche, accessible au toucher vaginal et au spéculum. Elle compte deux lèvres, un orifice externe dont la forme varie selon la parité (nullipare et multipare).
- Canal intra cervical (2 orifices) communique le vagin avec la cavité intra utérine.



**Image3 : Appareil génital féminin**

### *c. Orientation*

#### ☞ *L'utérus est antéversé :*

L'axe d'ensemble de l'organe est oblique en haut et en avant formant avec l'axe vaginal un angle ouvert en bas et en avant.

#### ☞ *L'utérus est antéfléchi :*

L'axe du corps forme avec celui du col un angle ouvert en bas et en avant d'environ 120°. Le sommet de cet angle correspond à l'isthme.

A côté de ces positions normales, il y a des variations telles que : la rétroversion et la rétroflexion.

### **d. Dimensions moyennes**

#### ☞ *Chez nullipare*

*la*

Le corps utérin a une longueur de 3,5 cm, une largeur de 4 cm et une épaisseur de 2cm. L'isthme mesure environ 0,5cm de haut. Le col utérin a une longueur de 2,5cm, une largeur de 2,5cm et une épaisseur de 2cm.

### ➤ *Chez la multipare*

La longueur est de 7 à 8 cm, l'utérus est globuleux, le corps mesure 5 cm et le col 3 cm. La largeur est de 5 cm au fond utérin et l'épaisseur est de 3 cm. Le rapport corporeo-cervical est normalement de 3/2.

### *e. Configuration intérieure*

L'utérus est un organe creux. Ses parois antérieure et postérieure sont accolées. Il a donc une cavité aplatie et normalement virtuelle. Cette cavité comprend deux parties :

#### ➤ **Une cavité corporeale :**

Elle est triangulaire et comprend deux bords latéraux qui sont convexes, un bord supérieur (convexe chez la nullipare et concave chez la multipare), deux angles (supérieurs droit et gauche) desquels partent les trompes. Cette cavité communique avec celle du col au niveau du rétrécissement isthmique par son angle inférieur. Ses parois sont lisses.

#### ➤ **Une cavité cervicale**

Elle est fusiforme, communique en haut avec la cavité corporeale au niveau de l'isthme par son orifice interne et en bas avec le vagin où elle s'ouvre par l'orifice externe du col.

### **2.1.2.2. Anatomie fonctionnelle**

Les systèmes de maintien de l'utérus sont nombreux et de valeurs différentes. On les classe artificiellement en trois groupes : les moyens de soutènement, de suspension et d'orientation.

**a. Moyens de soutènement (système actif)**

- La vessie sur laquelle l'utérus prend appui est soutenue par le vagin à sa base ;
- Le col utérin qui prend appui sur la paroi dorsale du vagin est soutenu par l'anneau fibreux central du périnée ;
- Le vagin représente un hamac qui soutient le système urogénital ;
- Les éléments musculaires en particulier le releveur de l'anus (faisceaux internes) permettent la fixation et la mobilisation du vagin ;
- Les éléments fibreux et conjonctifs (fascia pelvien, fascia vaginal, paracervix) participent également au soutènement de l'utérus.

**b. Moyens de suspension**

- En arrière : ligaments uréthro-sacrés (2) ;
- En avant : ligaments pubo-vesico utérins ;
- Latéralement : paramètre et paracervix.

**c. Moyens d'orientation : ils sont essentiellement corporeaux :**

- Ligaments ronds : responsables de l'antéflexion ;
- Ligaments utéro-sacrés : responsables de l'antéversion ;
- Mésomètre : limite la latéroversion.

**2.1.2.3. Anatomie topographique : rapports de l'utérus**

**a. Les rapports péritonéaux**

➤ Péritoine

Le péritoine recouvre entièrement le corps de l'utérus, l'isthme et la face postérieure du segment supra-vaginal du col.

- En avant

Il se réfléchit et constitue avec le péritoine de la face supérieure de la vessie le cul-de-sac vésico-utérin.

- En arrière

Il se réfléchit plus bas sur la face postérieure du vagin et constitue avec le péritoine de la face antérieure du rectum le cul-de-sac de Douglas. Il couvre le vagin sur 2cm environ.

- Latéralement

Le péritoine constitue en dehors les feuilles du ligament large.

➤ Ligaments larges

Ils unissent les bords latéraux de l'utérus à la paroi pelvienne. Constitués par deux lames péritonéales, ils forment deux cloisons transversales divisant la cavité péritonéale en espace pré et rétro ligamentaire. De forme quadrilatère, ils présentent à décrire deux faces et quatre bords.

➡ Face antérieure

Elle est la réflexion en avant et en dehors du péritoine qui tapisse la face antérieure de l'utérus. Elle est soulevée par le ligament rond qui sous-tend un méso triangulaire à sommet utérin (l'aileron antérieur du ligament large). L'espace pré ligamentaire prolonge totalement le cul de sac vésico-utérin.

➡ Face postérieure :

Elle est la réflexion du péritoine de la face postérieure de l'utérus (portion supra-vaginale), elle tapisse la fossette ovarienne. Soulevée par les ligaments tubo et utéro ovariens ainsi que les ovaires qui forment l'aileron postérieur du ligament qui correspond au mésovarium.

➤ Bord supérieur :

Longé par la trompe utérine, il est constitué par le mésosalpinx qui forme l'aileron supérieur du ligament large.

➤ Bord inférieur ou base :

Constitué par l'écartement des deux (2) feuillets, il donne accès aux vaisseaux et nerf utérins et est limité par la tente de l'artère utérine.

➤ Bord interne :

Il s'écarte pour envelopper l'utérus.

➤ Bord externe :

Il s'écarte en deux feuillets au niveau de la paroi pelvienne. Il donne passage au pédicule ovarien dans sa partie supérieure.

➤ Ligaments ronds :

Ce sont des cordons arrondis, tendus entre les cornes utérines et la région inguino-pelvienne. Ils décrivent une courbe en haut, en dedans et en avant, soulevant un repli péritonéal : c'est l'aileron antérieur du ligament large (longueur 10 à 15 cm, épaisseur 5 mm). Ils croisent les vaisseaux iliaques externes avant de s'engager dans le canal inguinal pour se terminer dans le tissu cellulaire du mont de Venus et des grandes lèvres.

➤ Ligaments utéro-ovariens :

Tendus de l'angle utérin en dessous et en arrière de la trompe, au pôle inférieur de l'ovaire, au niveau du mésovarium, ils séparent le mésosalpinx du mésomètre.

➤ Ligaments utéro-sacrés :

Ils unissent le col utérin (face postérieure) au sacrum et contiennent le plexus nerveux hypogastrique. Ils sont réunis en avant par un ligament transversal (le torus utérin). En arrière, ils englobent le rectum, limitant latéralement le Douglas



et se terminent au niveau des 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trous sacrés. Parfois ils remontent jusqu'au promontoire.

➤ Ligaments vésico-utérins :

Ils vont de la face antérieure du col utérin à la face postérieure de la vessie, bordant latéralement le cul-de-sac vésico-utérin et font partie de la lame pubo-vésico-utéro-recto-sacrée.

**b. Rapport avec les organes**

➤ Face antérieure :

Elle répond à la vessie

➤ Face postérieure :

Elle répond aux grêles, au sigmoïde et au rectum par le biais du Douglas.

➤ Bords latéraux

- Au-dessus de l'artère utérine ils répondent au mésomètre ;
- En dessous de l'artère utérine, ils répondent aux paramètres (artère vaginale longue, artère utérine, veine utérine, lymphatiques, plexus hypogastrique).

**2.1.2.4. Anatomie microscopique de l'utérus**

L'utérus comprend trois tuniques de dehors en dedans à savoir :

➤ Une tunique périphérique ou séreuse ou péritoine

Le péritoine tapisse la face supérieure de la vessie et se réfléchit sur la face antérieure de l'utérus au niveau de l'isthme. Le col n'a pas de péritoine. Derrière, le péritoine se réfléchit sur le rectum et la face postérieure du vagin. Elle est constituée d'éléments conjonctivo-élastiques que recouvre l'épithélium péritonéal.

➤ Une tunique intermédiaire ou musculaire ou myomètre :

- *Au niveau du corps*

La paroi est épaisse et les trois couches sont bien individualisées :

- Couche externe

Elle est très mince, faite de fibres transversales et disposée en deux plans (plan superficiel longitudinal sur les faces antérieures et le fond et plan profond circulaire).

- Couche moyenne

Très épaisse, englobe de très nombreux vaisseaux. Elle constitue la couche plexiforme. Les vaisseaux sanguins sont très nombreux et la contraction de cette couche provoque l'oblitération de leur lumière réalisant la ligature vivante de PINARD après la délivrance.

- Couche interne

Formée surtout de fibres circulaires qui se disposent en une série d'anneaux concentriques au niveau des orifices utérins.

➤ *Au niveau du col :*

La paroi est moins épaisse et les plans sont moins nets. Les couches externes et internes sont longitudinales et clairsemées.

### **2.1.2.5. Vascularisation et innervation :**

a. *Vascularisation :*

➤ Artères :

L'utérus reçoit ses vaisseaux de l'artère utérine. Elle naît du tronc antérieur de l'artère hypogastrique soit isolément ou soit d'un tronc commun avec l'artère ombilicale et la vaginale longue.

- L'artère utérine croise l'utérus, aborde ensuite le col utérin au-dessus du cul-de-sac latéral du vagin et monte de manière sinueuse sur le côté de l'utérus.

Dans cette ascension, elle se rapproche du col, s'accolant ainsi au bord, parcourt les anneaux musculaires de la couche plexiforme en devenant rectiligne.

Le col est irrigué par les artères cervico-vaginales qui se bifurquent pour donner une branche postérieure.

- L'artère ovarique naît de l'aorte abdominale, elle se termine à l'extrémité supéro-latérale de l'ovaire.
- L'artère du ligament rond naît de l'artère épigastrique et s'anastomose avec l'artère utérine après s'être divisée en T.

➤ Veines :

Il y a deux plexus veineux qui drainent l'utérus : plexus principal (rétro urétéral plus volumineux) et plexus accessoire (pré-urétéral et satellite de l'artère utérine) sur ses côtés. Ces plexus après une anastomose en haut avec les veines ovariennes, se déversent dans les troncs hypogastriques par les veines utérines. Les veines drainent le sang veineux utérin dans la veine iliaque interne.

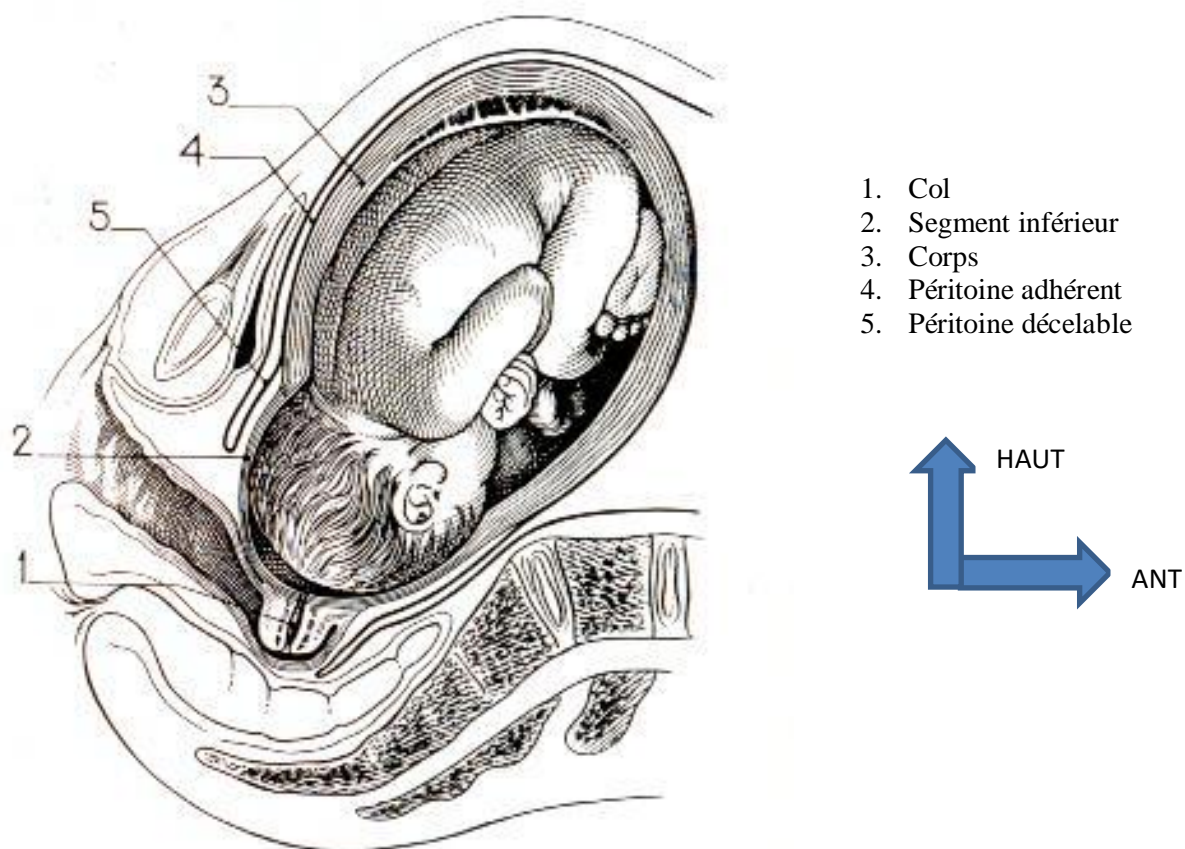
➤ Innervation :

Les nerfs de l'utérus viennent du bord antérieur du plexus hypogastrique. Ils suivent le ligament utéro-sacré en cheminant dans sa partie supra-vaginale du col.

#### **2.1.2.6. Anatomie de l'utérus gravide :**

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

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



### 2.1.2.7. Anatomie descriptive et rapports :

#### Schéma 1 : Utérus gravide avec ses 3 parties. [8]

##### a. Corps de l'utérus :

✓ Anatomie macroscopique :

➤ Situation du fundus utérin :

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

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

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

➤ Volume et dimensions

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

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

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

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

**Tableau I** : Evolution de la HU

Période	Hauteur	Largeur
Utérus non gravide	6 - 8 cm	4 - 5 cm
A la fin du 3 <sup>ème</sup> mois	13 cm	10 cm
A la fin du 6 <sup>ème</sup> mois	24 cm	16 cm
<b>A terme</b>	<b>32 cm</b>	<b>22 cm</b>

➤ Forme

La forme de l'utérus varie avec l'âge de la grossesse : globuleux pendant les premiers mois, l'utérus peut avoir un développement asymétrique. Mais au 2<sup>ème</sup> mois : il est sphérique, semblable à une " orange ".

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

➤ Capacité :

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

➤ Poids :

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

➤ Epaisseur des parois :

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

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

➤ Consistance :

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

➤ Direction :

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

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

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

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

➤ Rapport :

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

A terme, l'utérus est abdominal.

➡ En avant :

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

➡ En arrière :

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

➡ En haut :

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

➡ En bas :

On a le segment inférieur.

✓ Anatomie microscopique :

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

➡ Séreuse :

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

➤ Musculeuse :

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

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

➤ Muqueuse :

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

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

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

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

*b. Segment inférieur :*

C'est la partie basse et amincie de l'utérus gravide, située entre le corps et le col.

Il acquiert son plein développement dans les trois derniers mois.

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

✓ Anatomie macroscopique :

➤ Situation :

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



### ☛ Caractères :

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

### ❖ Forme :

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

### ❖ Limites :

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

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

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

### ❖ Orientation- formation :

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

Cependant, il acquiert son ampleur qu'après le sixième mois, plutôt et plus complètement chez la primipare que chez la multipare.

Pendant le travail, le col effacé et dilaté se confond avec le segment inférieur en constituant le canal cervico-segmentaire.

❖ Dimensions :

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

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

✓ Anatomie microscopique (structure) :

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

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

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

❖ Rapport du segment inférieur :

➡ En bas :

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

➡ En haut :

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

☞ Face antérieure :

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

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

☞ Face postérieure :

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

☞ Faces latérales :

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

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

✓ Physiopathologie :

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

➤ Etude clinique :

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

➤ Physiologique :

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

➤ Pathologie :

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

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

*c. Le col de l'utérus :*

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

❖ Forme et volume :

Ils ne changent presque pas.

➤ Situation et direction :

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

➤ Consistance :

Le col se ramollit au bout de quelques semaines de grossesse. Il devient mou comme la lèvre (*signe de Tarnier*).

Au cours des dernières semaines de grossesse le col devient très mou sur toute sa hauteur : on dit qu'il " mûrit ". Il est formé d'une masse centrale de tissu non contractile.

➤ Aspect et dimensions :

\* Pendant la grossesse, ses dimensions sont stables. Il est rose violacé (*signe de Chadwick*) avec dans l'endocol un bouchon muqueux dense.

\* Pendant le travail, sous l'effet des contractions utérines, il va successivement s'effacer puis se dilater par :

➤ Le phénomène d'effacement :

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

➤ La dilatation :

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

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

➤ Etat des orifices : Il ne varie pas.

\* Chez la primipare les orifices restent fermés jusqu'au début du travail ;

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

### 2.1.2.8. Vascularisation et innervation de l'utérus gravide :

#### a. Vascularisation :

##### ❖ Artères :

Les artères sont : artère utérine, ovarique et funiculaire

##### ➡ Artère utérine :

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

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

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

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

##### ➡ Artère ovarienne :

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

##### ➡ Artère funiculaire :

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

### ❖ Veines :

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

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

### ❖ Les lymphatiques :

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

#### *b. Innervation*

Deux systèmes sont en jeu :

- Le système intrinsèque :

C'est un appareil nerveux autonome.

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

- Le système extrinsèque :

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

Ces plexus proviennent :

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

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

## 2.2. Physiologie de l'utérus gravide :

Le déclenchement du travail est sous contrôle neurologique et hormonal.

### 2.2.1. Filets sympathiques (nerfs hypogastriques) :

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

### 2.2.2. Excitabilité conductibilité des fibres utérines :

Elles sont par ailleurs soumises à une influence hormonale :

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

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

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

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

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



naître de n'importe quel point du muscle utérin. L'utérus se contracte du fond jusqu'au niveau du col.

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

### ***2.2.3. Caractéristiques des contractions utérines douloureuses : (I<sup>2</sup>R<sup>2</sup>TP)***

Elles sont douloureuses et :

- Involontaires et intermittentes (I<sup>2</sup>) ;
- Régulières et rythmées (R<sup>2</sup>) ;
- Totales (du fond jusqu'au col utérin) ;
- Progressives : en durée (satisfaisante et non fugace au moins 15 à 20 secondes), de fréquence (d'abord toutes les 10 mn, puis se rapprochant régulièrement pour arriver à la fréquence d'une contraction utérine toutes les 3 à 5 mn) et en intensité.

Elles ont pour effets :

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

## **2.3. Mécanismes des ruptures :**

### **2.3.1. Analyse des contractions utérines anormales :**

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

**a.** Hypercinésie de fréquence :

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

**b. Hypertonie utérine :**

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

**c. Rétraction utérine :**

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

- Le travail prolongé avec rupture précoce de la poche des eaux ;
- La lutte de l'utérus contre un obstacle prævia (fibrome) ;
- La présentation vicieuse abandonnée à elle-même (face enclavée, front, épaule).

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

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

### **2.3.2. Théories**

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

**a. Théorie de BANDL**

Cette théorie explique surtout les ruptures utérines par dystocie osseuse.

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

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

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

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

**b. Théorie de l'usure perforante :**

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

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

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

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

## 2.4. Rupture utérine compliquée :

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

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

On peut aussi observer :

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

Elles sont d'autant plus probables et plus graves que le travail est prolongé. Elles sont dues à la compression de la vessie et/ou de l'uretère par la présentation. Les adhérences post césariennes modifient les rapports de l'utérus et de la vessie qui est alors plus exposée.

Les lésions vésicales entraînent le plus souvent des fistules et les fistules vésico-vaginales sont les plus fréquentes.

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

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

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

## 2.5. Lésions anatomiques :

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

### 2.5.1. Siège :

On distingue trois grands groupes :

#### a. Ruptures utérines segmentaires :

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



**Image 2 : Rupture utérine segmentaire antérieure**

### **b. Ruptures utérines corporéales :**

Elles sont les plus rares. Le plus souvent complètes, ces ruptures utérines intéressent les trois tuniques : séreuse, musculaire, muqueuse. Elles sont très souvent le fait d'une cicatrice antérieure et peuvent être fundiques ou antérieures mais de plus en plus nous voyons des ruptures corporéales sur utérus sain.

### **c. Ruptures segmento-corporéales ou cervico-corporéales :**

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

#### **2.5.2. Direction :**

Elle peut être :

- Longitudinale (verticale) sur le fond et les bords : c'est le cas fréquemment rencontré dans les ruptures corporéales ;
- Oblique ;
- Transversale : cas fréquent des ruptures utérines segmentaires ;
- *En « T » ou en « L ».*

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

#### **2.5.3. Etendue :**

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

#### **2.5.4. Profondeur :**

On distingue :

a. Ruptures utérines complètes :

☛ Rupture d'utérus sain :

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

☛ Rupture complète d'utérus cicatriciel :

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

b. Ruptures utérines incomplètes :

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

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

Les membranes amniotiques, intactes et herniées entre les fibres du myomètre lésé, sont vues sous le péritoine.

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

- Sur le bord latéral :

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

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

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

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

## **2.6. Aspect des bords lésionnels :**

Les bords peuvent être :

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

## **2.7. Etiologies :**

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

Plusieurs classifications étiologiques sont possibles.

### **2.7.1. Les ruptures traumatiques ou provoquées :**

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

#### **a) Manœuvres obstétricales :**



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

Les manœuvres instrumentales telles que : le forceps et la ventouse

**b) Traumatismes non obstétricaux :**

Il y a :

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

**c) Médicaments :**

Il y a :

- Les utéro toniques : utilisation de l'ocytocine sans surveillance et sans respect des contre-indications ;
- Les prostaglandines de synthèse administrées par voie locale ;
- Les utéro toniques traditionnels (Ananas, Oignons, poivrons).

**2.7.2. Les ruptures spontanées :**

**a) Pendant la grossesse :**

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

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

**b) Pendant le travail :**

Elles sont les plus fréquentes.

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

Il y a :

➤ *Causes maternelles :*

- Les dystopies osseuses : bassin immature, bassin généralement rétréci (BGR), bassin asymétrique, bassin limite ;
- La multiparité (fragilisation du muscle utérin)
- Les grossesses rapprochées avec intervalle inter gésique court ;
- Les tumeurs prœvia : fibrome, kyste ovarien, cancer du col ;

Le bas niveau socio-économique, l'ignorance, les carences nutritionnelles, les anémies, les épuisements physiques et le recours tardif aux soins de santé qui sont des facteurs favorisants.

➤ *Causes fœtales :*

Il y a :

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

## **2.8. Etude clinique :**

La rupture utérine fait partie des hémorragies du 3<sup>ème</sup> trimestre. Elle représente une urgence Médico obstétricale survenant surtout au cours du travail d'accouchement.

### **2.8.1. Circonstance de découverte :**

La rupture est découverte lors

- D'une évacuation pour disproportion fœto-pelvienne ;
- D'un travail prolongé ;

- D'un travail mal surveillé ;
- De l'utilisation abusive et incontrôlée des utéro-toniques ;
- Des présentations vicieuses : épaule, face enclavée et front.
- Métrorragies ;
- Perte de connaissance.

## 2.8.2. Type de description : Rupture utérine sur utérus sain :

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

### 2.8.2.1. 1<sup>ère</sup> phase ou phase de pré-rupture ou phase prémonitoire :

Le travail d'accouchement ne progresse pas et traîne en longueur. On parle de **dilatation stationnaire** avec une hypercinésie de fréquence et d'intensité.

#### ❖ Les prodromes sont :

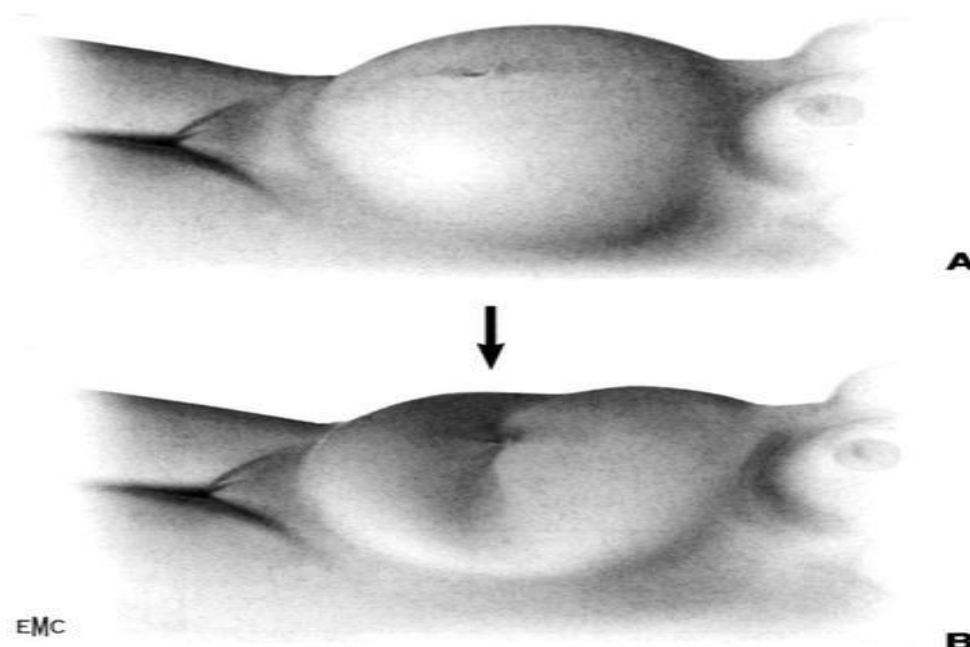
- La dilatation stationnaire ;
- Les contractions utérines violentes, intenses, rapprochées et subintrantes ou hypercinésie utérine ;
- L'hypertonie utérine ;
- La dystocie causale s'aggrave provoquant l'agitation et l'anxiété ;
- Au toucher vaginal le col s'œdématie et s'épaissit, la présentation est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

#### ❖ La phase de l'imminence de la rupture

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

- ✓ 1<sup>er</sup> ⇒ *Déformation de l'utérus en Sablier* ou en coque d'arachide (visible et palpable), le segment inférieur est très distendu, étiré, surmonté du corps utérin hypertonique moulant le fœtus.
- ✓ 2<sup>ème</sup> ⇒ *Ascension de l'anneau de rétraction* ou de BANDL – FROMMEL, plus le segment inférieur s'allonge et plus l'anneau de rétraction semble remonter séparant le corps utérin du segment inférieur.

- ✓ 3<sup>ème</sup> ⇒ Tension douloureuse et palpable des ligaments ronds sur les flancs utérins.



**Schéma 2 : Syndrome de pré-rupture (Utérus en sablier) [8]**

#### 2.8.2.2. 2<sup>ème</sup> phase ou phase de rupture :

Elle se *manifeste par* :

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

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

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

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

- Pâleur conjonctivo-muqueuse ;
- Soif intense ;
- Chute de la tension artérielle ;

- Pouls accéléré et polynée ;
- Battements des ailes du nez ;
- Yeux cernés ;
- Extrémités froides.

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

**A la palpation** : on retrouve :

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

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

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

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

### **2.8.2.3. Examens para cliniques :**

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

**a) Examens Biologiques** : généralement réalisé en urgence dans nos contextes :

NFS, Groupage-Rhésus, crase sanguine si possible (si ce n'est pas fait)

**b) Echographie abdomino-pelvienne**

**c) Enregistrement des rythmes cardiaques fœtal**

**d) Enregistrement des contractions utérines**

### **2.8.3. Les formes cliniques :**

#### **2.8.3.1. Ruptures au cours de la grossesse :**

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

Dans tous les cas, douleurs utérines et saignements doivent attirer l'attention dès lors qu'on a la notion de cicatrice utérine et à fortiori de cicatrice corporeale.

Parfois le facteur favorisant est une manœuvre utérine (version par manœuvre externe) alors que la cicatrice était négligée ou ignorée (cicatrices « inapparentes » faites à l'occasion d'avortements tardifs souvent clandestins).

#### **2.8.3.2. Formes insidieuses sur utérus cicatriciel au cours du travail d'accouchement :**

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

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

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

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

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

La rupture peut se révéler après l'accouchement, mais en général avant la délivrance : une petite hémorragie se produit et se prolonge ou bien au contraire

en l'absence de saignement, le placenta ne se décolle pas alors que l'état général s'altère plus ou moins rapidement.

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

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

### **2.8.3.3. Ruptures provoquées :**

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

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

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

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

### **2.8.3.4. Formes sous péritonéales :**

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

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

### **2.8.3.5. Formes compliquées :**

#### **a. Rupture vésicale :**

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

#### **b. Syndrome de défibrination :**

Il n'est pas une complication exceptionnelle. L'origine est plurifactorielle et met en cause, outre le choc hémorragique, le passage de liquide amniotique et de thromboplastines dans la circulation sanguine. Le diagnostic évoqué devant une hémorragie distillante faite de sang, n'ayant pas tendance à coaguler est confirmé par les tests de coagulation.

#### **c. Ruptures négligées ou méconnues :**

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

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

### **2.9. Evolution et complications :**

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

- Le choc hémorragique ;
- La surinfection avec Endométrite ou septicémie ;
- Les accidents thromboemboliques ;
- Le décès maternel dans 2 à 20% des cas ;
- Les infections post opératoires (péritonite, suppurations pariétales) ;
- Les fistules vésico-vaginales ou souvent vésico-recto-vaginales.



## 2.10. Diagnostic

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

### 2.10.1. Diagnostic positif

Cliniquement on a :

a) Le syndrome de pré rupture est caractérisé par :

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

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

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

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

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

### 2.10.2. Diagnostic différentiel

#### Dans les formes graves

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

➤ *L'hématome retro placentaire :*

Les signes cliniques sont :

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

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

➤ *Le placenta prævia :*

Les signes cliniques sont :

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

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

Elle se manifeste par une métrorragie survenant après rupture artificielle ou spontanée de la poche des eaux et les bruits cardiaques fœtaux sont le plus souvent présents.

➤ *La déchirure du col ou du vagin*

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

a) Formes latentes :

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

- Accouchement sur utérus cicatriciel ;
- Manœuvres obstétricales ;
- Hémorragie insolite de la délivrance ;
- Tout état de choc au cours ou après l'accouchement ;
- Globe vésical :

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

## **2.11. Traitement :**

### **2.11.1. Traitement curatif :**

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

#### **2.11.1.1. But : C'est :**

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

#### **2.11.1.2. Moyens thérapeutiques :**

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

##### *a. Traitement chirurgical :*

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

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

Après cette inspection, on fera soit :

➤ Hystérorraphie :

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

➤ Hystérectomie :

Elle peut être totale ou sub totale.

Elle doit être inter annexielle.

NB : Traitement des lésions associées

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

*b. Traitement médical* : il comprend

➤ Traitement du choc :

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

On lui apportera des substances énergétiques et de l'oxygène.

Le traitement curatif du choc passe par :

- ✓ Traitement de la cause :

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

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

L'hémostase doit donc précéder la réanimation.

- ✓ La réanimation :

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

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

D'autres substances peuvent être utilisées en dehors du sang, telles que les grosses molécules : produits synthétiques (plasmion, Gélofusine ou hémacèle). Les solutés cristalloïdes (salés ou Ringer lactate) sont utilisés comme des moyens d'urgence. Ils permettent de gagner du temps nécessaire à la mise en œuvre de la transfusion, indiquée en cas de persistance ou de récurrence du choc.

L'acide tranexamique (Exacyl) utilisé pour la prise en charge de l'hémorragie.

L'anurie le plus souvent transitoire, peut être prévenue par la perfusion de Mannitol ou de diurétiques (furosémide : 80 mg dans 100 ml de sérum salé en bolus en 30 mn).

➔ Traitement anti-infectieux :

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

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

### **Indications chirurgicales :**

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

Il y'a deux grandes orientations thérapeutiques :

➔ **La première**, la plus classique, consiste à faire une **hystérorraphie**.

Elle est indiquée pour les **lésions minimales et récentes** de la face antérieure du segment inférieur.

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

Elle est indiquée pour les lésions étendues (fond et col utérins), les lésions compliquées (vessie, vagin et pédicules vasculaires) et les lésions septiques.

Elle entraîne une perte de la fécondité, une aménorrhée et est souvent responsable de trouble psychosocial surtout chez une jeune patiente.

*c. Traitement préventif :*

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

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

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

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

### ➤ La prévention des ruptures d'utérus cicatriciel

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

### ➤ La césarienne prophylactique

Elle est réalisée devant les facteurs de risques suivants :

- Les cicatrices corporeales ou corporéo-segmentaires ;
- Les suites opératoires compliquées d'une endométrite prouvée ;
- Les présentations dystociques (siège, transverse) ;
- Le placenta prævia antérieur (inséré sur la cicatrice) ou placenta central ;
- Les surdistensions utérines (hydramnios, grossesse gémellaire, macrosomie) ;
- Les utérus bi ou tri cicatriciels.

### ➤ L'épreuve utérine

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

### ➤ Le cas particulier des ruptures utérines provoquées

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

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

Faire une révision utérine systématique après toute manœuvre obstétricale laborieuse.

### Sur le plan national :

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

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

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

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

## **2.12. Pronostic et surveillance :**

### **2.12.1. Pronostic :**

#### **a. Maternel :**

Le pronostic maternel dépend de plusieurs facteurs tels que :

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

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

#### **b. Fœtal :**

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

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

### **2.12.2. Surveillance :**

Elle est clinique et biologique.



**a. Surveillance clinique :**

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

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

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

**b. Surveillance biologique :**

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

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

**2.13. Définitions opérationnelles :**

- **Rupture utérine** : solution de la continuité non chirurgicale complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide ;
- **Patiente** : gestante ou parturiente ;
- **Primigeste** : 1<sup>ère</sup> grossesse ;
- **Pauci geste** : 2 à 4 grossesses ;
- **Multi geste** : 5 à 6 grossesses ;
- **Grande multi geste** :  $\geq 7$  grossesses ;
- **Primipare** : 1<sup>er</sup> accouchement ;
- **Pauci pare** : 2 à 4 accouchements ;

- **Multipare** : 5 à 6 accouchements ;
- **Grande multipare** :  $\geq 7$  accouchements ;
- **Hystérorraphie** : suture de l'utérus ;
- **Hystérectomie** : ablation partielle ou totale de l'utérus ;
- **Auto référence** : patiente venue d'elle-même ;
- **Référence** : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge sans la notion d'une urgence ;
- **Evacuation** : c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation ;
- **Phase de latence du travail d'accouchement** : c'est le travail d'accouchement avec dilatation cervicale  $\leq 3$ cm ;
- **Phase active du travail d'accouchement** : c'est le travail d'accouchement avec dilatation cervicale  $\geq 4$ cm ;
- **Césarienne prophylactique** : césarienne programmée lors des CPN et faite avant le début du travail d'accouchement ;
- **Césarienne d'urgence** : césarienne réalisée chaque fois que le pronostic maternel ou fœtal ou et/maternel est engagé ;
- **Etat de mort apparent** : score d'Apgar allant de 1 à 3 ;
- **Apgar morbide** : nouveau-né ayant un Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute entre 4 et 7 ;
- **Pronostic materno-fœtal** : issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité ;
- **Bi ou tri antibiothérapie** : traitement avec 2 ou 3 antibiotiques de familles différentes ;

- **Morbidité maternelle** : elle se définit comme toute pathologie, chez une femme enceinte (quelles que soient la localisation et la durée de la grossesse) ou accouchée depuis moins de 42 jours, due à une cause liée à la grossesse ou aggravée par elle ou sa prise en charge, mais sans lien avec une cause accidentelle ou fortuite (**Pruval A., 2000**) ;
- **Mortalité maternelle** : selon l’OMS elle se définit par le décès d’une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu’en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu’elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite (**Bouvier-Colle MH, 2001**) ;
- **Mortalité périnatale** : elle regroupe la MFIU à partir de la viabilité du fœtus et la mort néonatale précoce ;
- **Mortalité néonatale précoce** : elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 6<sup>ème</sup> jour de vie ;
- **Mortalité néonatale** : elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 28<sup>ème</sup> jour de vie ;
- **Facteurs de risques** : « toute caractéristique ou toute circonstance déterminante, attaché à une personne ou à un groupe de personnes, et dont on sait, qu’elle est associée à un risque anormal d’existence ou d’évolution d’un processus ou d’une exposition spéciale à un tel processus » ;
- **Pronostic** : prévision de l’évolution probable ou de l’issue d’une maladie.

# **METHODOLOGIE**

### **III. METHODOLOGIE**

#### **3.1. Cadre d'étude :**

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie - Obstétrique du CHU du Point G.

##### **3.1.1. Présentation du CHU du point G :**

L'hôpital du Point " G " a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom. Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de Médecins militaires relevant de la section mixte des Médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal). Erigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point G a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi N° 92.025/A.N.R.M du 05 Octobre 1992. En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi N° 02-048 du 22 Juillet 2002.

Géographiquement, l'hôpital est bâti sur une colline située au Nord de la ville de Bamako à 8 km du centre-ville, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares.

L'hôpital a un bloc opératoire comprenant cinq salles d'opérations dont une salle pour le service de Gynécologie - Obstétrique. Le bloc opératoire comprend également une unité de stérilisation centrale.

##### **3.1.2. Présentation du service de Gynécologie – Obstétrique :**

###### ***a. Création :***

Il a été créé en 1912.

Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

###### ***b. Succession des chefs de services :***

La succession des différents chefs de service :

- **1970** : Professeur Rougerie (chirurgien français) ;
- **1970 à 1972** : Professeur Foucher (chirurgien français) ;
- **1972 à 1975** : Professeur Bocar Sall (traumatologue malien) ;
- **1975 à 1978** : Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien)
- **1978 à 1983** : Docteur Colomard (chirurgien français) ;
- **1984 à 1985** : Marc Jarraud (chirurgien français) ;
- **1985 à 1986** : Docteur Henri Jean Philippe (chirurgien français) ;
- **1986 à 1987** : Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
- **1987 à 2001** : Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien malien) ;
- **2001 à 2003** : Professeur Niani Mounkoro (gynécologue obstétricien malien) ;
- **2003 à 2014** : Feu Professeur Bouraïma Maïga (gynécologue obstétricien malien) ;
- **2014 à nos jours** : Professeur Tioukany A.Thera ( gynécologue obstétricien malien).

***c. Infrastructures :***

Le bâtiment abritant l'actuel service de Gynécologie - Obstétrique est construit sur 2 étages, situé entre les services de l'ex Médecine interne au Sud, de la Réanimation au Nord et de l'Urologie à l'Est.

Il comporte plusieurs unités (voir organigramme de structure).

***d. Personnel :***

Le fonctionnement de ce service fait intervenir un nombre important de personnel :

- **06** Gynécologues obstétriciens ;

- **22** Techniciens supérieurs de santé dont :
- **19** sages-femmes dont une major ;
- **03** Aides de bloc (Assistant médical) ;
- **03** Techniciennes de santé ;
- **06** Aides-Soignantes ;
- **8** Garçons de salle dont **3** au bloc opératoire ;
- **1** Secrétaire.

*e. Fonctionnement :*

Il existe **5** jours de consultation gynécologique (Lundi au Vendredi), **4** jours d'interventions chirurgicales programmées. La prise en charge des urgences est effective 24 heures/24. Les consultations prénatales sont journalières.

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8H30 mn réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service ou un de ses Assistants.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde.

La visite est journalière et la visite générale a lieu chaque Vendredi, elle est dirigée par le chef de service après le staff.

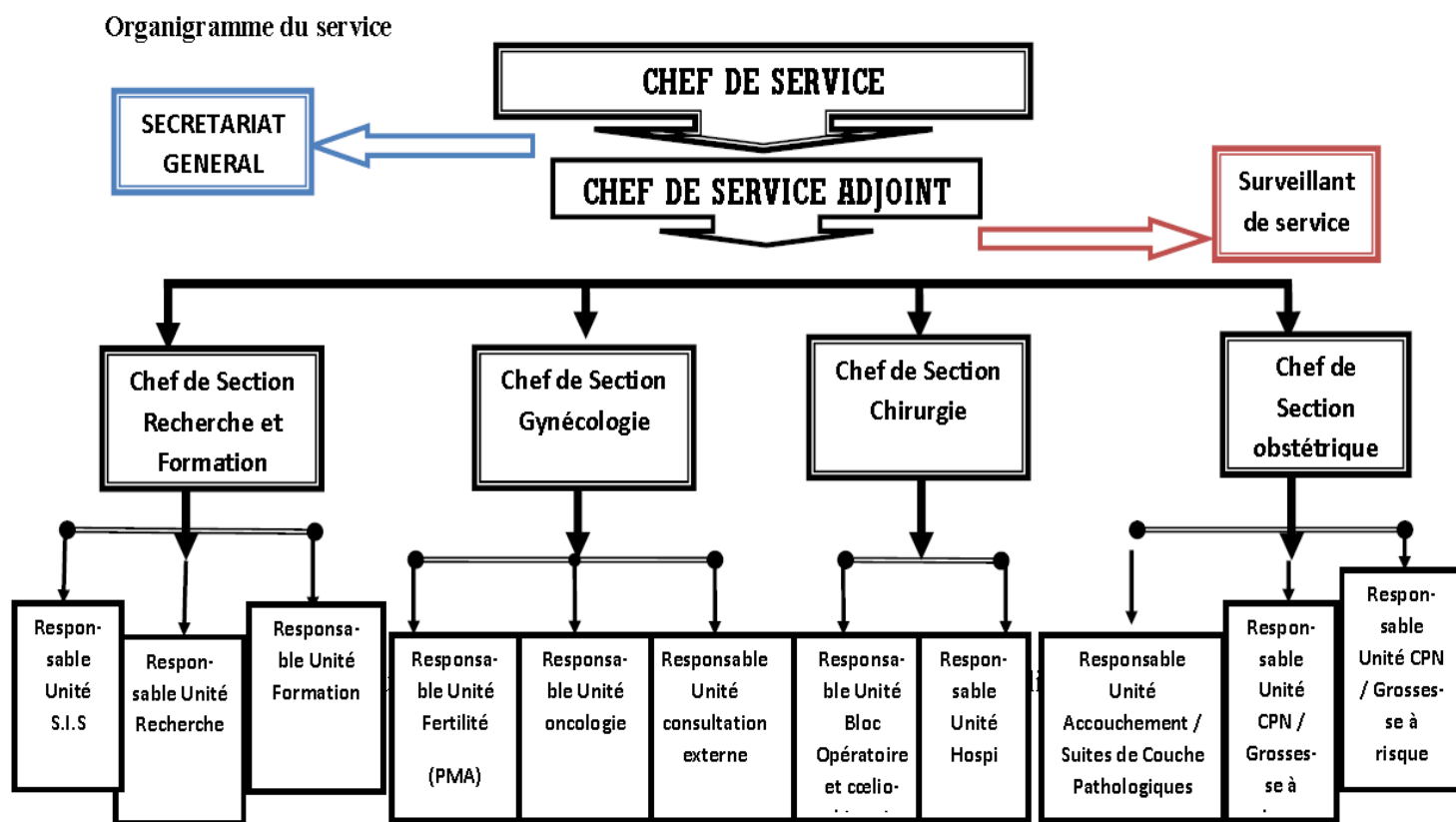
Au niveau organisationnel du service de garde : une permanence est assurée par une équipe de garde composée : d'un médecin, les CES de Gynécologie ou de Chirurgie générale en rotation, deux à trois étudiants en médecine faisant fonction d'interne, une sage-femme, un technicien supérieur en anesthésie, un aide de bloc, une infirmière, une aide-soignante et trois garçons de salle dont un au bloc.

Unité mixte, le service de Gynécologie - Obstétrique reçoit majoritairement les urgences obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires du district de Bamako et environs.

Sa double vocation de soins et de formation en fait un centre dynamique.

L'organigramme de fonction du service de Gynécologie - Obstétrique prévoit la mise en place :

- D'une unité de Procréation Médicalement Assistée (PMA) en collaboration avec l'INRSP (en cours de réalisation)
- D'une unité de cœlio-chirurgie et d'hystéroscopie (réalisée)
- D'une unité d'oncologie gynécologique
- D'une unité d'échographie gynéco-obstétricale (réalisée).



**Figure 1** : Organigramme du service de gynécologie-obstétrique du CHU du point G



### **3.2. Type d'étude :**

Nous avons mené une étude transversale et analytique dans le service de Gynécologie - Obstétrique du CHU du Point G.

### **3.3. Période d'étude :**

L'étude s'est déroulée du 01 Janvier 2008 au 31 Décembre 2017 soit une période de dix ans.

### **3.4. Population d'étude :**

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

#### **3.4.1. Echantillonnage :**

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

#### **3.4.2. Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans notre étude, tous les dossiers de ruptures utérines diagnostiquées et prises en charge dans le service.

#### **3.4.3. Critères de non inclusion :**

Non pas été inclus les dossiers des patientes ayant bénéficiés d'une hystérorraphie ou d'une hystérectomie pour ruptures utérines effectuée dans d'autres structures sanitaires, consultant dans le service pour une quelconque prise en charge, les patientes ayant bénéficiées d'une hystérectomie à froid (programmée) pour causes gynécologiques.

### **3.5. Collecte des données :**

#### **3.5.1. Supports :**

La collecte des données a été faite sur une fiche d'enquête établie à partir de

- Registre d'accouchement ;

- Registre de garde ;
- Dossiers individuels des patientes ;
- Registres de référence/évacuation ;
- Registre de compte rendu opératoire ;
- Registre de transfert de nouveau-nés ;
- Registre de décès périnatal ;
- Registre de décès maternel ;
- Registre d'anesthésie ;
- Registre SONU.

### **3.5.2. Technique de collecte des données :**

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

### **3.6. Variables étudiées :**

Nous avons utilisé les variables suivantes :

- L'âge ;
- La profession ;
- Le statut matrimonial ;
- Le mode d'admission ;
- Les antécédents personnels (médicaux, obstétricaux et chirurgicaux) et familiaux ;
- La gestité ;
- La parité ;
- Les chiffres tensionnels, le pouls et l'état de la conscience à l'admission
- La voie d'accouchement ;
- Les complications materno-fœtales ;
- Le score d'Apgar et l'évolution du nouveau-né pendant 7 jours ;
- Le geste chirurgical effectué ;

- La transfusion sanguine ;
- Le suivi post Acte chirurgical.

### **3.7. Prise en charge médico-chirurgicale des patientes :**

Chaque patiente dès l'admission a bénéficié d'un examen clinique complet. Nous avons procédé à la prise en charge médico-chirurgicale en urgence après confirmation du diagnostic. Cette prise en charge commence par la prise d'au moins une voie veineuse de gros calibre avec perfusion du Ringer Lactate ou de la Gélofusine, le groupage rhésus, le taux d'hémoglobine si pas réaliser et la délivrance d'un bon de sang aux parents si nécessaire.

Elle s'est poursuivie par le transfert en urgence au bloc opératoire pour la prise en charge chirurgicale au cours de laquelle nous avons réalisé soit une hystérorraphie ou soit une hystérectomie subtotale ou totale selon les paramètres suivants : le statut local, les antécédents obstétricaux (multiparité) et l'âge. L'opérée est mise sous bi ou triple antibiothérapie, fer + acide folique à la dose thérapeutique et antalgique (Perfalgan 1g).

Une transfusion sanguine a été faite dans tous les cas où le taux d'hémoglobine était inférieur à 7 g/dl ou en cas de présence de signes d'intolérance de l'anémie.

Les patientes sont libérées en général entre J5 et J10 post opératoires si l'état clinique le permet. A la sortie une fiche de suivi post opératoire portant l'indication opératoire a été délivrée à l'opérée.

La retro information vers la structure qui l'a référé est assurée par un courrier officiel correctement tenu.

Une complication prolongera anormalement la durée d'hospitalisation et changera l'attitude thérapeutique.

Le 1<sup>er</sup> pansement de la plaie opératoire a lieu à J4 postopératoire sauf en cas d'anomalie telle qu'une suppuration pariétale associée en général à une fièvre constatée avant ce délai.

Les patientes ont été revues en consultation post opératoire 1 mois après leur sortie. Au cours de cette consultation en plus de l'examen clinique nous avons mis l'accent sur :

- ✓ L'indication opératoire ;
- ✓ La planification familiale ;
- ✓ La communication pour le changement de comportement à savoir :
  - Le respect de l'intervalle inter gésique ( $\geq 2$  ans) et l'absolue nécessité de faire désormais les CPN en milieu obstétrico-chirurgical dans les cas d'hystérogénésie ;
  - Les avantages de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois si nouveau-né vivant ;

### **3.8. Analyse des données :**

Le traitement de texte a été fait avec le logiciel Microsoft Word version 2010.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel SPSS version 12.0 for Windows.

Le test de Chi 2 a été utilisé avec un seuil de signification  $p= 0,05$  et le test de Fisher pour les effectifs inférieurs à 5. Ces tests ont été utilisés pour la comparaison des variables.

### **3.9. Aspects éthiques :**

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des parturientes ne figurent dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail se veut une recherche opérationnelle. Ainsi, les résultats obtenus seront mis à la disposition de tous les intervenants dans le domaine de la santé de la mère et ceci dans l'intérêt des parturientes.

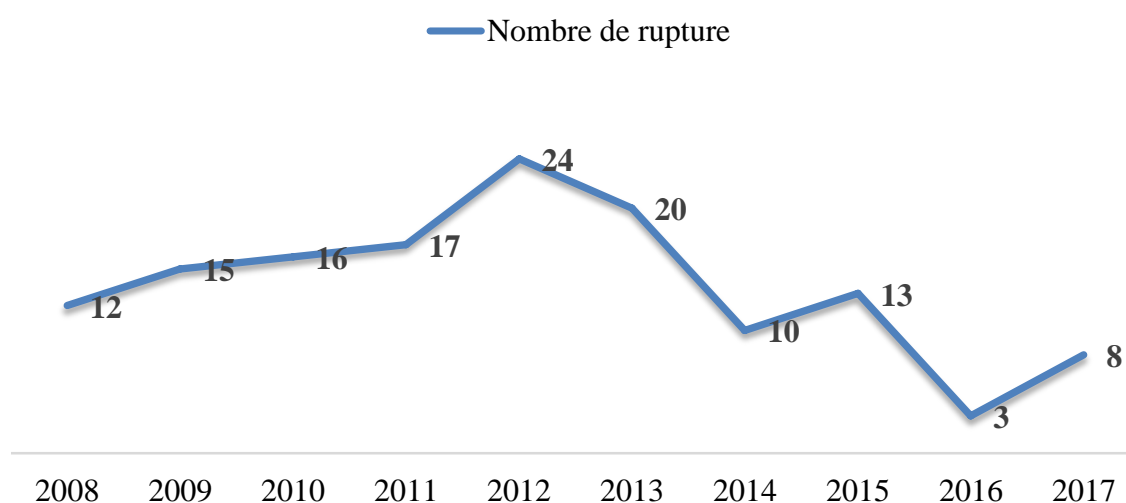
# RESULTATS

## IV. RESULTATS

### 4.1. Fréquence :

De 2008 à 2017, nous avons colligé au total 138 ruptures utérines sur 16101 accouchements soit **0,86 %** (une rupture utérine pour 117 accouchements).

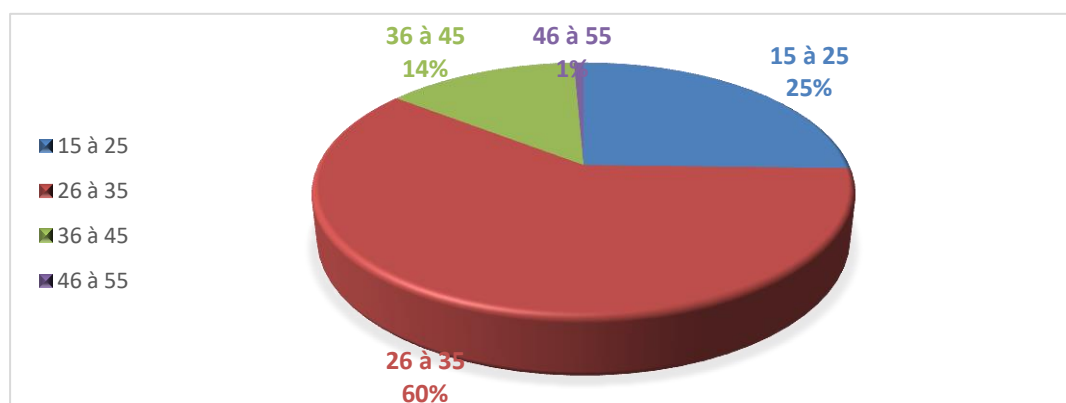
La fréquence était de **0,86 %**.



**Figure 2** : Evolution des ruptures utérines par année d'accouchement

La fréquence la plus élevée, a été enregistrée en 2012 avec **24 cas** soit une fréquence de 1/79.

### 4.2. Caractéristiques sociodémographiques :

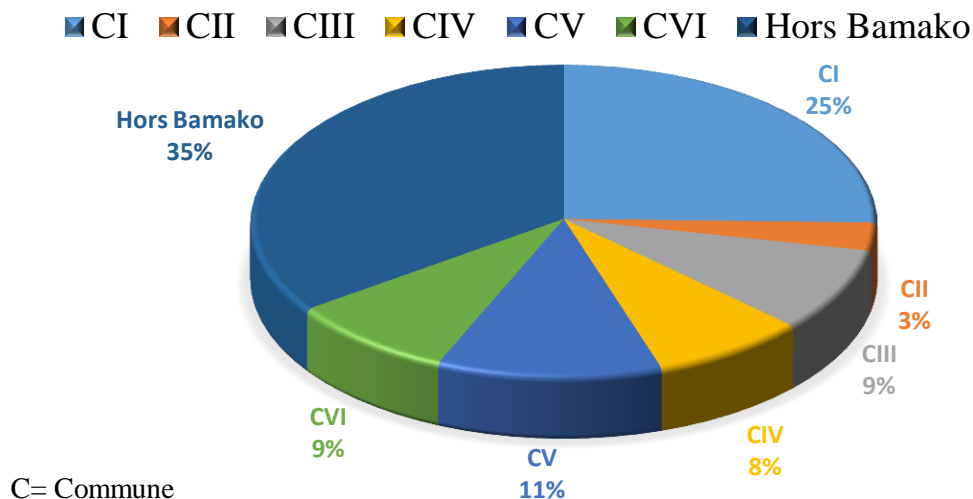


#### 4.2.1. Âge :

**Figure 3** : Répartition des patientes selon l'âge maternel

L'âge moyen était de 34±5,4 ans avec les extrêmes de 15 et 48 ans. La grande majorité des patientes (83 sur un total de 138 soit 60%) étaient âgées de 26 à 35 ans.

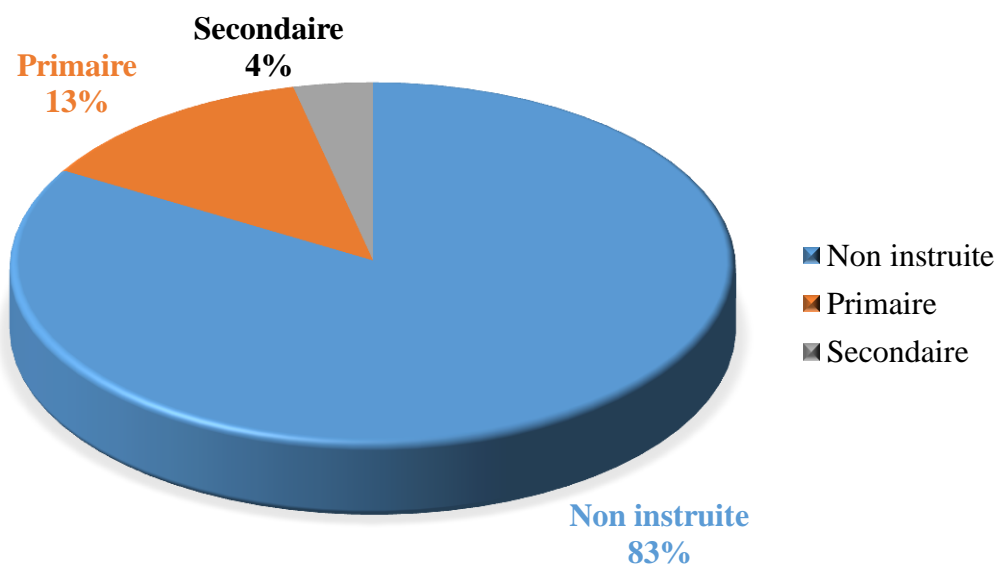
#### 4.2.2. Résidence :



**Figure 4** : Répartition de patientes selon la résidence.

Quarante-huit patientes soit 35% résidaient hors de la ville de Bamako.

#### 4.2.3. Niveau d'instruction :

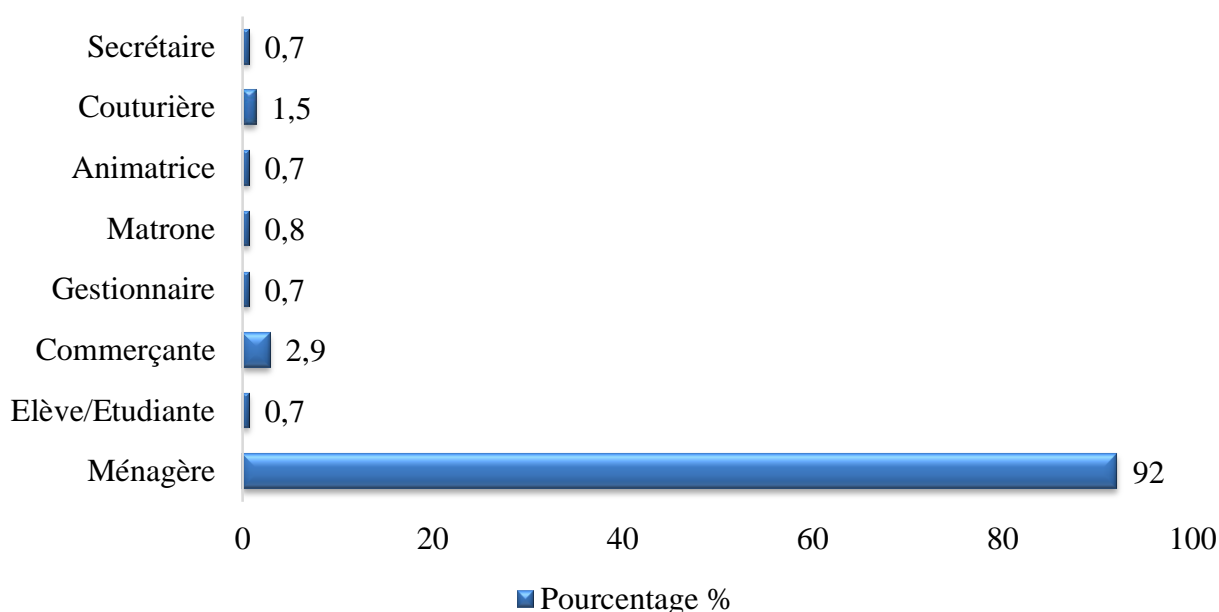


**Figure 5** : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Cent quinze patientes soit **83%** étaient non scolarisées.

*NB : La plupart des patientes instruites avaient un niveau primaire.*

#### 4.2.4. Profession des patientes :



**Figure 6** : Répartition des patientes selon la profession

Cent vingt-sept patientes soit **92%** étaient ménagères.

#### 4.2.5. Profession du conjoint :

**Tableau II** : Répartition des patientes selon la profession du conjoint

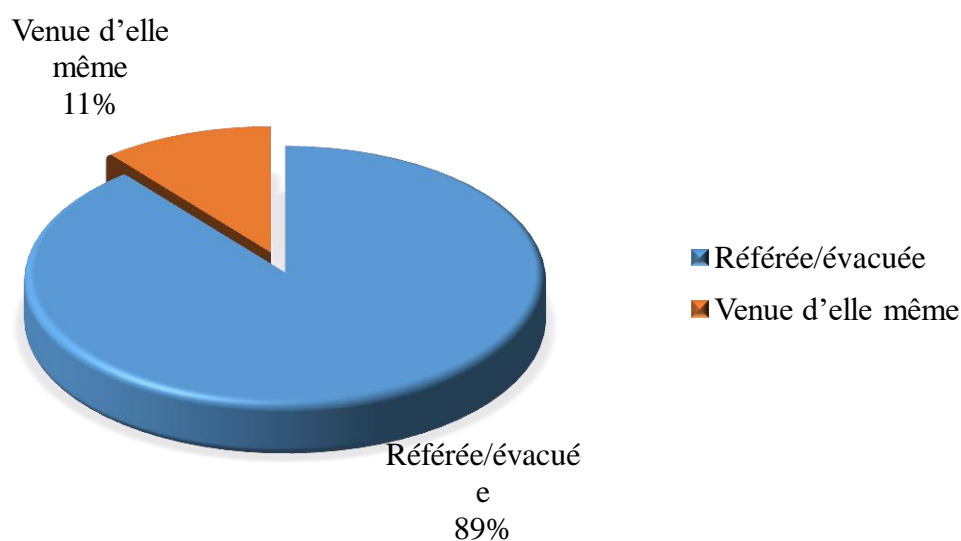
Profession du conjoint	Effectifs	Pourcentage %
<b>Cultivateur</b>	<b>52</b>	<b>37,7</b>
Commerçant	26	18,8
Fonctionnaire	14	10,1
Autres	46	33,4
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Cinquante-deux patientes soit **37,7%** étaient mariées à un cultivateur.



### 4.3. Admission

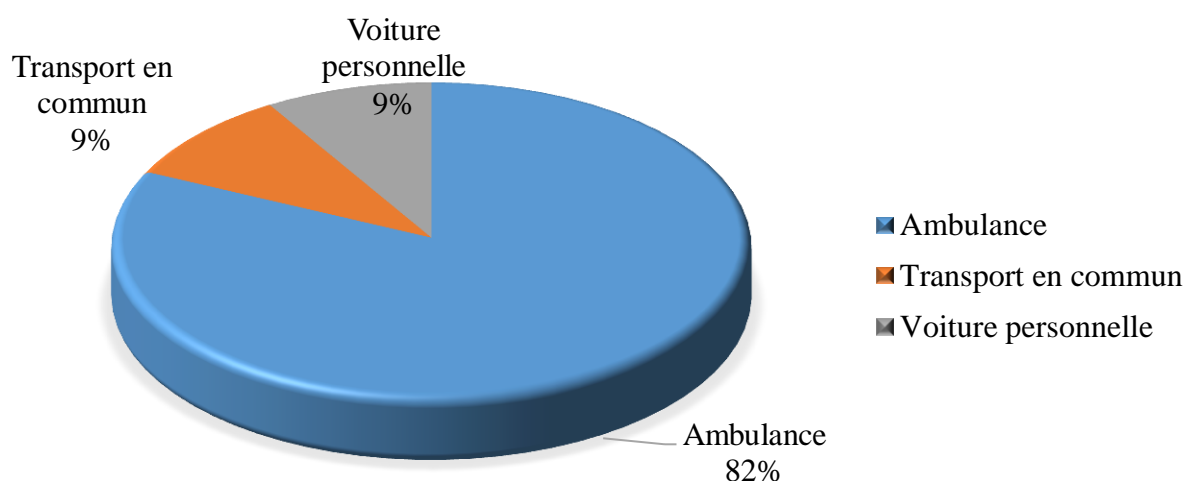
#### 4.3.1. Mode d'admission :



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

Cent vingt-trois patientes soit **89%** ont été référées.

#### 4.3.2. Moyens de transports :



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

Cent treize soit **82%** des patientes ont été évacuées par ambulance et 13 patientes soit **9%** par transport en commun.

### 4.3.3. Motif de référence :

**Tableau IIIII** : Répartition des patientes selon le motif de référence

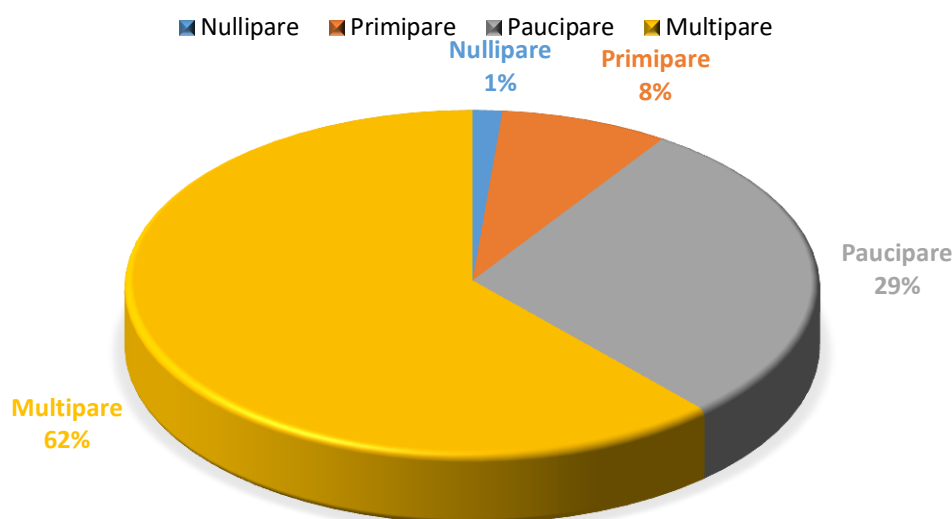
Motif de référence	Effectifs	Pourcentage %
<b>Rupture utérine</b>	<b>47</b>	<b>33,8</b>
HRP	13	9,4
PP	10	7,2
Autres	68	49,6
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Quarante-sept soit **33,8%** des patientes ont été référées pour rupture utérine.

## 4.4. Antécédents

### 4.4.1. Antécédents obstétricaux

#### a. Parité :



**Figure 9** : Répartition des patientes selon la parité

La fréquence de la RU était plus élevée chez les multipares et les paucipares avec respectivement **62%** et **29%** soit un total de **91%**.

## b. Intervalle inter gésésique :

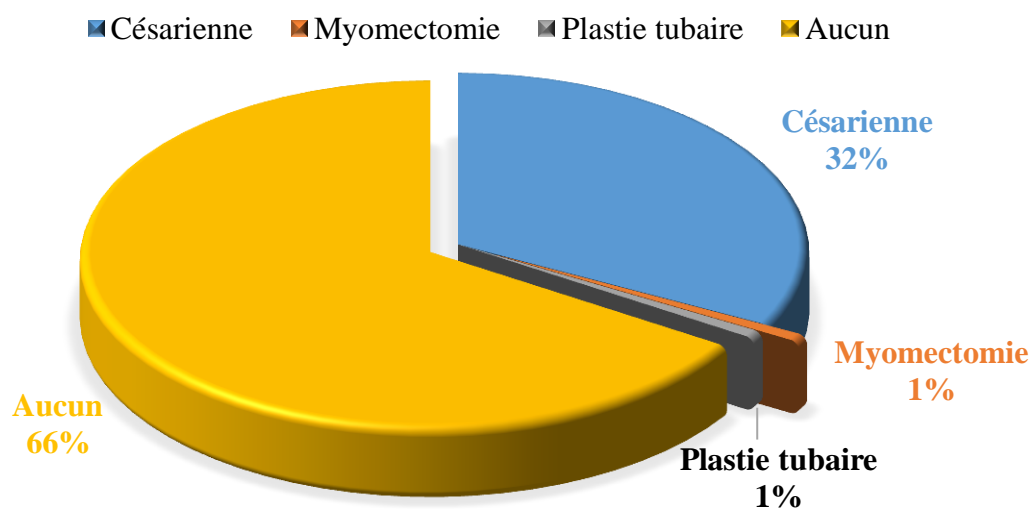
**Tableau IV** : Répartition des patientes selon l'intervalle inter gésésique

Intervalle inter gésésique	Effectifs	Pourcentage (%)
<1an	8	5,7
≥1an	121	87,8
Inconnu	9	6,5
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Huit soit **5,7%** des patientes avaient un IIG inférieur à 1 an. L'ecartype était de 0,87ans avec des extrêmes de 7mois à 3ans.

### 4.4.2. Antécédents chirurgicaux

#### a. Type de chirurgie



**Figure 10** : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Quarante-cinq soit **32%** des patientes avaient un utérus cicatriciel.

## b. Nombre de cicatrice par césarienne :

**Tableau IV** : Répartition des patientes selon le nombre de cicatrice utérine

Nombre de césarienne	Effectifs	Pourcentage %
0	107	77,6
1	24	17,4
2	6	4,3
3	1	0,7
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Six patientes soit **4,3%** avaient un utérus bi cicatriciel et 1 patiente soit **0,7%** avaient un utérus tri cicatriciel.

## 4.5. Suivi de la grossesse

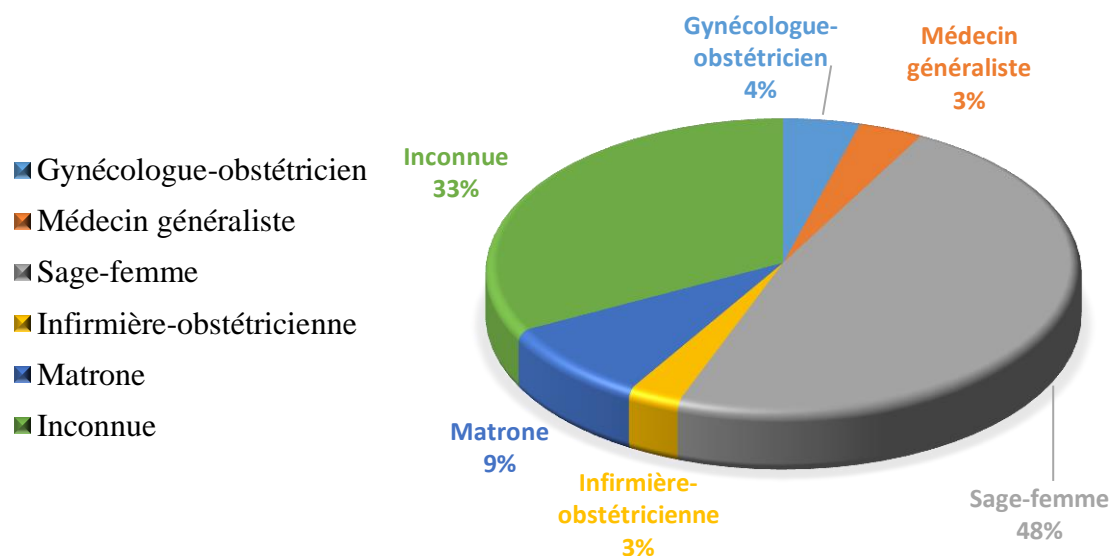
### 4.5.1. Nombre de CPN :

**Tableau V** : Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectifs	Pourcentage %
0	47	33,8
1-3	51	36,7
≥ 4	40	29,5
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Quarante-sept patientes soit **33,8%** n'ont effectué aucune CPN

#### 4.5.2. Auteur de CPN :



**Figure 11** : Répartition des patientes selon qualification de l’auteur des CPN

Soixante-six patientes soit **48%** ont été suivies par les sages-femmes.

#### 4.5.3. Lieu de CPN :

**Tableau VI** : Répartition des patientes selon le lieu des CPN

Lieu	Effectifs	Pourcentage %
<b>Cscom</b>	<b>68</b>	<b>49,3</b>
Csref	7	5,1
Hôpital	3	2,2
CHU	7	5,1
Cabinet médical	3	2,2
Clinique médicale	1	0,7
Inconnu	49	35,4
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Soixante-huit patientes soit **49,3%** ont été suivies dans les Cscom.

#### 4.6. Travail d'accouchement

##### Lieu de déroulement du travail d'accouchement :

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

Déroulement du travail	Effectifs	Pourcentage %
Domicile	16	11,6
Cscom	62	44,9
Csref	25	18,2
CHU	15	10,9
Clinique	2	1,4
Non précise	16	11,6
Cabinet	2	1,4
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Dans 16 cas soit **11,6%** le travail s'est déroulé à domicile et dans 62 cas soit **44,9%** dans les Cscom.

#### 4.7. Données cliniques

##### 4.7.1. Etat clinique à l'admission

**Tableau IX** : Répartition des patientes en fonction de l'état clinique à l'admission

Etat général	Effectifs	Pourcentage (%)
Bon	38	27,6
Passable	63	45,7
<b>Mauvais</b>	<b>34</b>	<b>24,6</b>
Coma	1	0,7
Agitation	2	1,4
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

\* Trente-quatre soit **24,6%** des patientes avaient un état général mauvais.

\* Cinq soit **3,6%** des patientes étaient décédées à l'admission (dont 2 de Kati, 1 du CSRéf CI, 1 du CSRéf CV et 1 du CSRéf CVI).

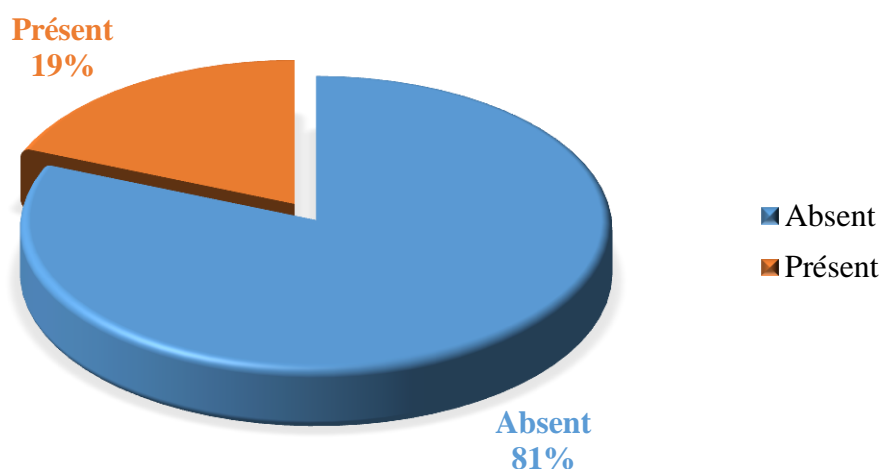
#### 4.7.2. Signes cliniques de la rupture utérine

**Tableau X** : Répartition des patientes selon les signes cliniques de la rupture

Signes de rupture	Effectifs (n=138)	Pourcentage %
Pâleur	100	72,5
Métrorragie	100	72,5
Fœtus sous la peau	78	56,5

Cent patientes soit **72,5%** avaient une pâleur conjonctivale, et une métrorragie. Dans 78 cas soit **56,5%** le fœtus était sous la peau.

#### 4.7.3. Présence des BDCF



**Figure 12** : Répartition des patientes selon la présence des bruits du cœur fœtal  
Dans 26 cas soit **19%** des BDCF étaient présents.

## 4.8. Diagnostic

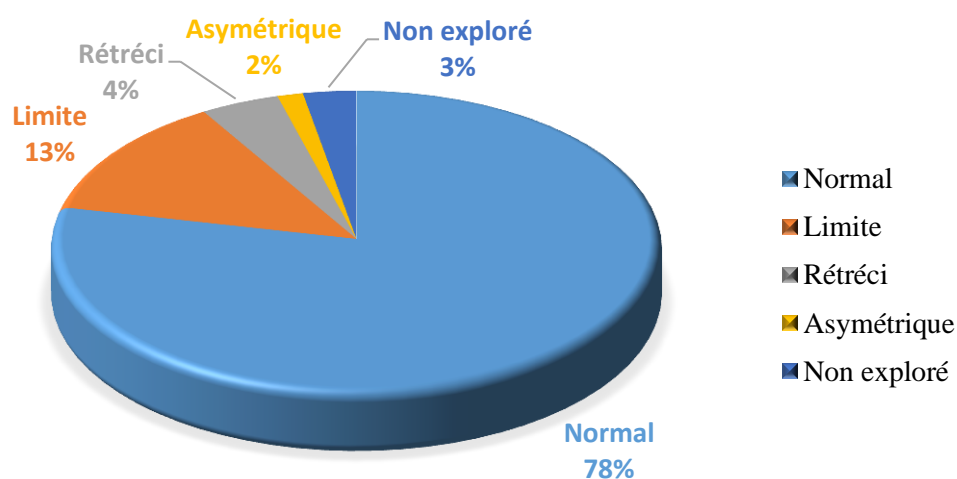
### 4.8.1. Circonstance de survenue :

**Tableau VIII** : Répartition des patientes selon la circonstance de survenue de la rupture utérine

Circonstance de survenue	Effectifs	Pourcentage (%)
Utilisation d'ocytocine	59	43
Expression	19	14
VMI	1	0,8
Forceps	2	1,4
Utérus cicatriciel	52	37,8
Spontanée	4	3
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Dans 59 cas soit **43%** la RU était due à une utilisation abusive d'ocytocine, et dans 52 cas soit **37,8%** la rupture utérine était dû à la présence de la cicatrice utérine.

### 4.8.2. Types de bassin :



**Figure 13** : Répartition des patientes selon le type du bassin

Le bassin était limite chez 18 patientes soit **13%** et rétréci chez 6 patientes soit **4%**.



#### 4.8.3. Types de présentation :

**Tableau XII** : Répartition des patientes selon le type de présentation

Type de présentation	Effectifs	Pourcentage (%)
Céphalique	77	56
Siège	5	3,6
Transversale	14	10
Présentation non perçue	42	30,4
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Les présentations dystociques responsables de rupture ont été la présentation transversale avec **14** cas soit **10%** et la présentation du siège avec **5** cas soit **3,6%**.

#### 4.8.4. Durée du travail d'accouchement

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

Durée du travail	Effectifs	Pourcentage %
< 6 heures	25	18,1
6-12 heures	51	37,9
<b>≥ 12 heures</b>	<b>62</b>	<b>44</b>
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Soixante-deux des patientes soit **44%** ont eu une durée de travail supérieur ou égale à 12 heures, la moyenne de durée était de  $12 \pm 3$  heures avec des extrêmes de 3 et 17 heures.

#### 4.8.5. Voie d'accouchement :

**Tableau IXV** : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectifs	Pourcentage (%)
Voie basse	5	3,9
<b>Laparotomie</b>	<b>128</b>	<b>96</b>
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Cent vingt-huit patientes soit **96%** ont accouché par laparotomie.

**NB** : Cinq patientes étaient décédées à l'admission.

**Tableau XV** : Répartition des ruptures utérines selon le statut utérin

Rupture utérine	Nombre	Pourcentage %
Utérus sain	<b>89</b>	<b>64,5</b>
Utérus cicatriciel	49	35,5
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Nous avons enregistré 49 cas utérus cicatriciel soit **35,5%** contre 89 cas d'utérus sain soit **64,5%**.

#### 4.8.6. Période de diagnostic de la rupture utérine

**Tableau XVI : Répartition des patientes selon la période de diagnostic de la rupture**

Période de diagnostic	Effectifs	Pourcentage %
Pré-partum	9	6,77
<b>Per-partum</b>	<b>106</b>	<b>79,70</b>
Post-partum	18	13,53
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

Cent six cas de rupture utérine ont été diagnostiqués au cours du travail d'accouchement soit **79,70%**.

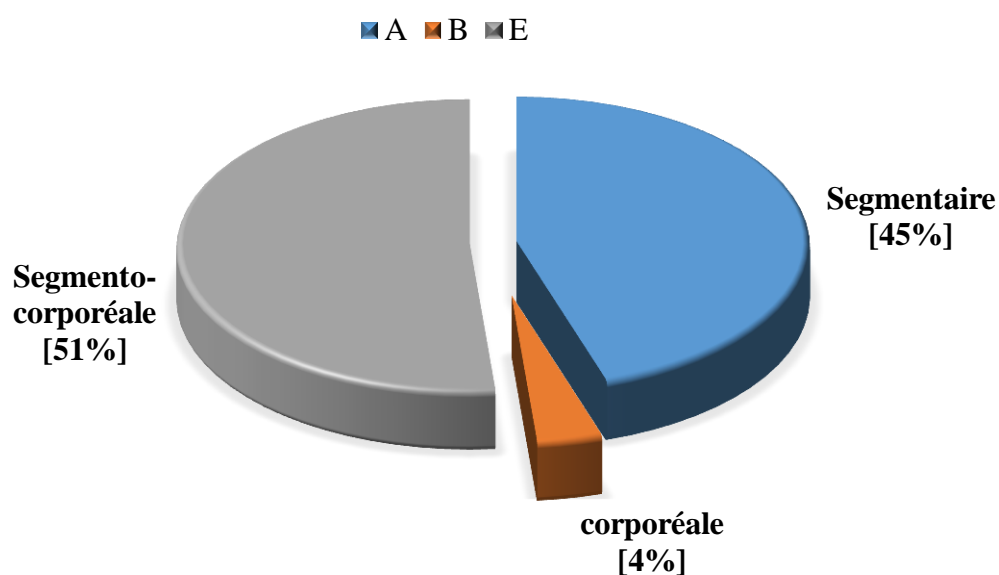
#### 4.9. Lésions Anatomopathologiques

##### 4.9.1. Type de rupture utérine :

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

Nature de la rupture	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Complète</b>	<b>88</b>	<b>63,8</b>
Sous séreuse	50	36,2
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Les lésions étaient complètes dans **88** cas soit **63,8%**.



#### 4.9.2. Sièges de la rupture utérine :

**Figure 14** : Répartition des patientes selon le siège de la rupture utérine

Le siège de la lésion était segmentaire et segmento-corporéale dans respectivement 62 cas soit **45%** et 71 cas soit **51%**.

#### 4.9.3. Type de lésions associées :

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

Lésions associées	Effectifs	Pourcentage (%)
Vésicale	2	1,4
Vaginale	5	3,6
<b>Vasculaire</b>	<b>18</b>	<b>13,0</b>
Aucune	113	81,9
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Le pédicule vasculaire a été atteint dans 18 cas soit **13%**.

#### 4.9.4. Poids de naissance :

**Tableau XIX** : Répartition des patientes selon le poids de naissance des nouveau-nés

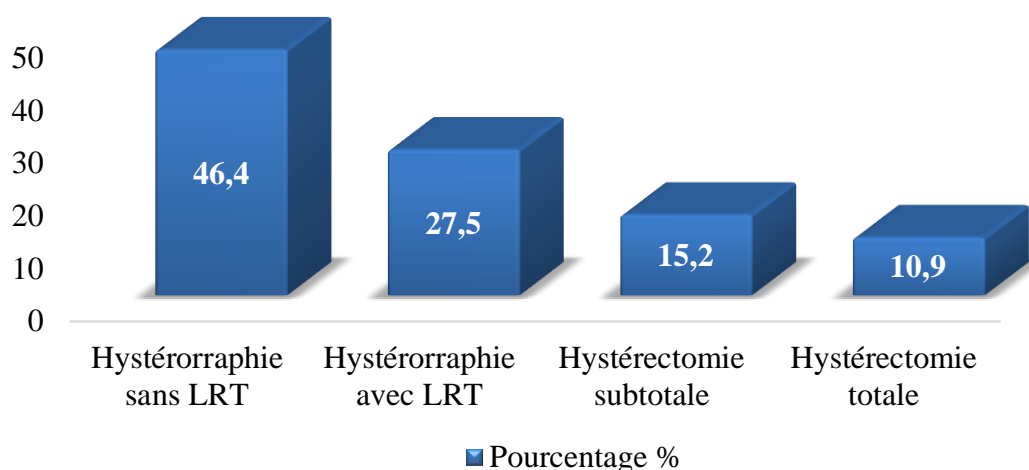
Poids en gramme	Effectifs	Pourcentage %
< 2500g	27	19,6
2500g-3999g	94	68,1
<b>≥ 4000g</b>	<b>12</b>	<b>8,7</b>
Inconnu	5	3,6
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Douze nouveau-nés soit **8,7%** avaient un poids  $\geq 4000$  g avec un poids moyen de  $2700 \pm 100$  g.

#### 4.10. Attitudes thérapeutiques :

##### 4.10.1. Traitement chirurgical :

###### a. Geste chirurgical :



**Figure 15** : Répartition des patientes selon le type d'intervention

Nous avons réalisé 102 hystérorraphies (traitement conservateur) soit **73,9%** contre 31 hystérectomies soit **26,1%** (traitement radical).

**b. Durée de l'intervention chirurgicale :**

**Tableau X** : Répartition des patientes selon la durée de l'intervention chirurgicale

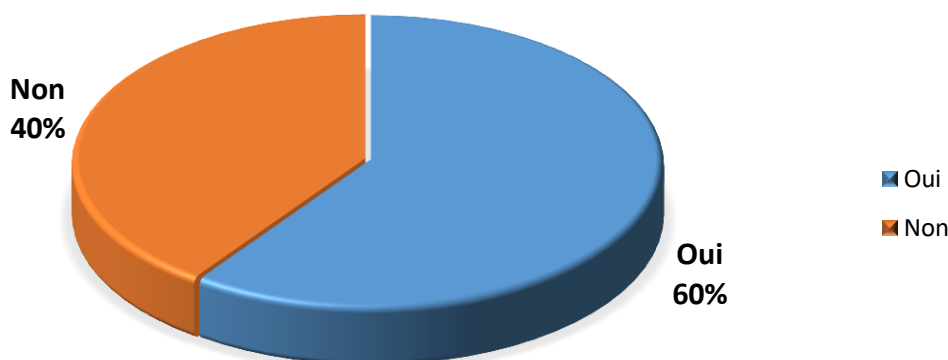
Durée de l'intervention	Effectifs	Pourcentage (%)
Inf à 1h	2	1,5
Inf à 1h 30	57	42,9
<b>1h 30 à 4h</b>	<b>74</b>	<b>55,6</b>
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

Dans **55,6%** des cas les interventions ont eu une durée située entre 1h 30 et 4h avec une durée moyenne de  $2\pm 1$  heure.

**NB** : 5 patientes n'ont pas été opérées (décès constaté à l'arrivée)

**4.10.2. Traitement médical :**

*Transfusion :*



**Figure 16** : Répartition des patientes en fonction de la transfusion sanguine

Quatre-vingt-trois patientes soit **60%** ont été transfusées.

**Tableau XII** : Répartition des patientes selon le traitement post opératoire

Traitement post opératoire (n= 133)	Effectifs	Pourcentage %
Antibiotique	131	92,8
Fer +Acide folique	128	96,24

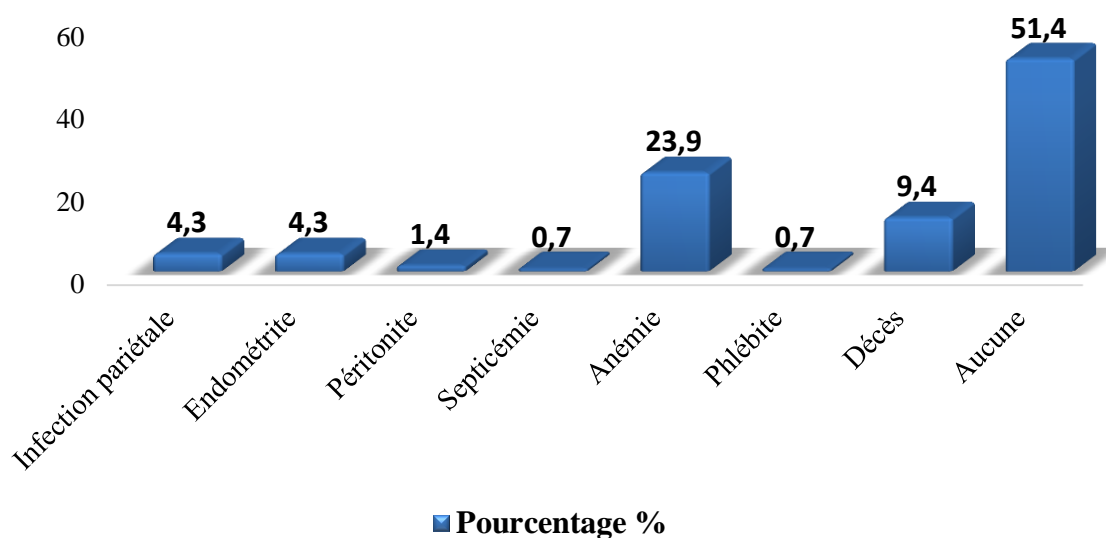
Cent trente une patiente soit 92,8% ont bénéficié d'une antibiothérapie et 128 patientes soit 96,24% ont bénéficié d'un traitement martial avec du fer + acide folique.

**Tableau XIII** : Répartition des patientes selon l'évolution des suites opératoires.

Suites opératoire	Effectifs	Pourcentage %
Simple	85	67,7
Complicées	48	32,3
Total	133	100,0

Les suites opératoires ont été compliquées dans 48 cas soit **32,3%**.

### Types de complications :



**Figure 17** : Répartition des patientes selon le type de complications

Nous avons enregistré 33 cas d’anémie soit **23,9%** ; 13 cas de décès maternel soit **9,4%**.

**Tableau XXIII** : Répartition selon l’âge des patientes et l’état de l’utérus.

Age des patientes	Rupture utérine sur utérus sain		Rupture utérine sur utérus cicatriciel		Total
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	
15ans à 25ans	18	21	17	32,7	35
26ans à 35ans	52	60,4	31	59,6	83
36ans à 45ans	15	17,5	4	7,7	19
46ans à 55ans	1	1,1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>138</b>

Tests de **Fischer** ( $p = 0,202$ ) est non significatif : il n’existe pas de lien entre l’âge et l’état de l’utérus.



**Tableau XIII** : Répartition selon le mode d’admission des patientes et la Rupture utérine

Mode d’admission	Rupture utérine sur utérus sain		Rupture utérine sur utérus cicatriciel		Total
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	
Référée/évacuée	83	96,5	40	76,9	123
Venue d’elle même	3	3,5	12	23,1	15
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>138</b>

Test **de Fischer** ( $p = 0,000$ ) sont significatifs : il existe un lien entre le mode d’admission et la rupture utérine.

Quarante patientes soit **76,9%** de rupture utérine sur utérus cicatriciel ont été évacués contre **96,5%** de rupture utérine sur utérus sain.

**Tableau XIV** : Répartition selon la parité et le type de rupture utérine

Type de rupture	Parité				Total
	Nullipare	Primipare	Paucipare	Multipare	
Complète	0	3	25	60	88
Sous séreuse	2	8	15	25	50
Total	2	11	40	85	138

Test **de Fischer** ( $p = 0,009$ ) est significatif : il existe un lien entre la parité et le type de rupture utérine.

**Tableau XV** : Répartition selon la parité et l'état de l'utérus

Parité	Rupture utérine sur utérus sain		Rupture utérine sur utérus cicatriciel		Total
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	
Nullipare	2	2,3	0	0	2
Primipare	4	4,6	7	13,5	11
Paucipare	19	22,1	21	40,4	40
<b>Multipare</b>	<b>61</b>	<b>71</b>	<b>24</b>	<b>46,1</b>	<b>85</b>
Total	86	100	52	100	138

Test de Fischer ( $p = 0,010$ ) est significatif : il existe un lien entre la parité des patientes et la rupture utérine.

**NB** : le risque de rupture utérine augmente avec le nombre de parité sur l'utérus cicatriciel ainsi que sur l'utérus sain avec respectivement 24% et 71% (chez les multipare)

**Tableau XVI** : Répartition selon l'intervalle inter-génésique et l'état de l'utérus (utérus cicatriciel et utérus sain)

Intervalle inter-génésique	Rupture utérine sur utérus sain		Rupture utérine sur utérus cicatriciel		Total
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	
< à 1 an	5	5,8	3	5,8	8
≥ à 1 an	76	88,4	45	86,5	121
Inconnu	5	5,8	4	7,7	9
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>138</b>

**NB** : 9 cas inconnus

Test de Fischer ( $p = 0,003$ ) est significatif : il existe un lien entre l'IIG et l'état de l'utérus.

**Tableau XVIII** : Répartition selon la qualification de l’auteur de CPN et la rupture utérine (utérus cicatriciel et utérus sain).

Qualification de l’auteur	Rupture utérine sur utérus sain		Rupture utérine sur utérus cicatriciel		Total
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	
Gynécologue-obstétricien	2	2,3	4	7,7	6
Médecin généraliste	2	2,3	3	5,8	5
<b>Sage-femme</b>	<b>39</b>	<b>45,3</b>	<b>27</b>	<b>51,9</b>	<b>66</b>
Infirmière obstétricienne	1	1,2	3	5,8	4
Matrone	8	9,3	4	7,7	12
Inconnue	34	39,6	11	21,1	45
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>138</b>

**NB** : 45 cas inconnus

*Test de Fischer (p= 0,097) sont non significatifs : il n’existe pas un lien entre l’auteur de la CPN et la survenue de la rupture utérine.*

**Tableau XVIII** : Lieu du déroulement du travail d’accouchement / Rupture

Déroulement du travail d’accouchement	Rupture utérine sur utérus sain		Rupture utérine sur utérus cicatriciel		Total
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	
<b>Domicile</b>	<b>7</b>	<b>8,1</b>	<b>9</b>	<b>17,3</b>	<b>16</b>
Au cscom	46	53,5	16	30,8	62
Au csref	14	16,3	11	21,1	25
CHU	7	8,1	8	15,4	15
Clinique	1	1,2	1	1,9	2
Non précisé	9	10,5	7	13,5	16
Cabinet	2	2,3	0	0	2
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>138</b>

**Test de Fischer (p = 0,070) sont significatifs : il existe un lien entre le lieu de déroulement du travail d’accouchement et la rupture utérine.**

**Tableau XIX** : Répartition selon l'utilisation abusive des ocytociques et la rupture utérine (utérus cicatriciel et utérus sain).

Utilisation Abusive d'ocytociques	Rupture utérine sur utérus sain		Rupture utérine sur utérus cicatriciel		Total
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	
Oui	50	58,1	10	19,2	60
Non	36	41,9	42	80,8	78
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>138</b>

Tests de **Khi2** et de **Fischer** ( $p = 0,000$ ) sont significatifs : il existe un lien entre l'utilisation abusive des ocytociques et la rupture utérine.

#### 4.11. Pronostic :

##### 4.11.1. Pronostic maternel :

**Tableau XXXI** : Répartition des patientes en fonction du pronostic maternel

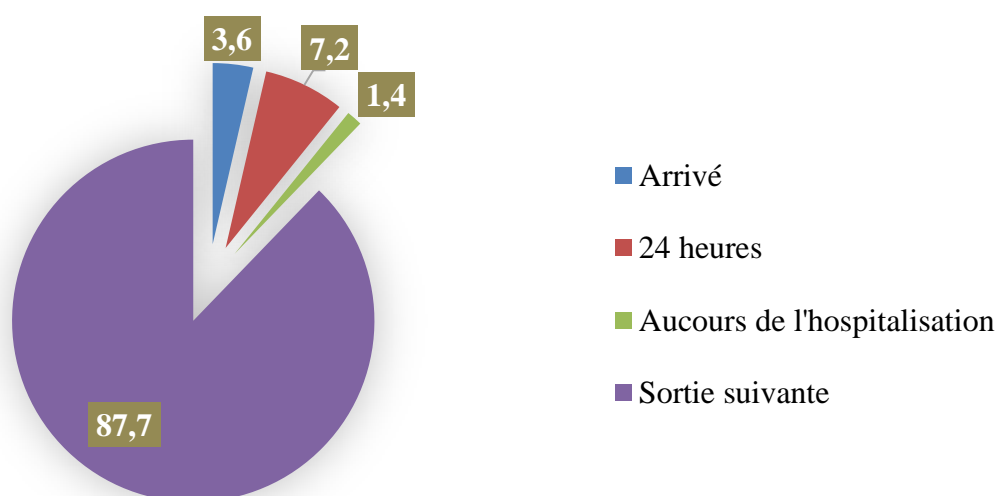
Pronostic maternel	Effectifs	Pourcentage (%)
Vivantes	121	87,69
Décédées	17	12,31
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Le pronostic maternel était favorable dans 121 cas soit **87,69%**.

**Tableau XXXII** : Répartition des patientes en fonction des motifs des décès

Motif du décès	Effectifs	Pourcentage (%)
Choc hémorragique	16	94,12
Septicémie	1	5,88
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>

**Moments de survenue des décès :**



**Figure 18** : Répartition des patientes selon le moment de survenue des décès.

Nous avons constaté 5 décès à l'arrivée, 2 patientes sont décédées sur la table opératoire au bloc et 6 patientes en hospitalisation.

**Tableau XXXIII** : Répartition des patientes en fonction de la durée d'hospitalisation.

Durée de l'hospitalisation (Jours)	Effectifs	Pourcentage(%)
< 1	12	8,7
1 à 4	30	21,7
5 à 10	77	55,8
> à 10	14	13,8
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 23 jours avec des extrêmes de 1 et 41 jours.

#### 4.11.2. Pronostic fœtal :

##### a. Score d'Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute :

**Tableau XXXIV** : Répartition des nouveau-nés vivants selon l'Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute.

Apgar	Effectifs	Pourcentage %
0	114	82,6
1 à 4	1	0,7
5 à 7	4	2,9
<b>8 à 10</b>	<b>19</b>	<b>13,8</b>
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Dix-neuf soit 13,8% des nouveau-nés vivants avaient un Apgar supérieur ou égale à 8 à la 1<sup>ère</sup> minute. Les 5 nouveaux nés vivants ont été référés en Néonatalogie du CHU Gabriel Touré où aucun décès néonatal n'a été enregistré.

### b. Nature de la rupture/ état du fœtus.

**Tableau XXXV** : Répartition selon la nature de la rupture et l'état du fœtus.

Etat du fœtus (Apgar)	Nature de rupture				Total
	Complete		Sous séreuse		
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	
<b>0</b>	<b>82</b>	<b>94</b>	<b>32</b>	<b>64</b>	<b>114</b>
1 à 4	0	0	1	2	1
5 à 7	2	2	2	4	4
8 à 10	4	4	15	30	19
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>138</b>

Le test de Fischer ( $p = 0.00$ ) : il existe un lien entre la nature de la rupture et l'état du fœtus.

### C. Poids du Nouveau-né / nature de la rupture utérine

**Tableaux XXXVI** : Répartition selon la nature de la rupture et le poids du nouveau-né

Poids du Nouveau-né (Apgar)	Nature de rupture				Total
	Complete		Sous séreuse		
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	
Inf. à 2500	16	18	11	22	27
2500 à 4000	58	66	36	72	94
Sup à 4000	9	10	3	6	12
Inconnu	5	6	0	0	5
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>138</b>

Le test de Fischer ( $p = 0.319$ ) : il n'existe pas de lien entre la nature de la rupture et le poids du nouveau-né

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**



## V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 5.1. Fréquence

Durant dix ans nous avons enregistré dans le service 16101 accouchements dont 138 ruptures utérines. La fréquence des ruptures utérines par rapport aux accouchements est de **0,86%** (soit une rupture utérine pour 117 accouchements).

Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par les évacuations tardives, le mauvais suivi prénatal et les insuffisances de la surveillance du travail d'accouchement.

CAMARA S. [9] au Mali en 2015 dans le même service a trouvé une rupture pour 90 accouchements, DIAKITE Y. [10] en 2011 et KOITA R. [11] en 2017 au Mali (Mopti et CSRéf CV) ont trouvé respectivement : une rupture pour 268 accouchements et une pour 532 accouchements.

LANKOANDE J. [12] au Burkina Faso a trouvé dans son étude une rupture utérine pour 44 accouchements, NAVDIN F. [13] au Rwanda a trouvé une rupture pour 115 accouchements,

### 5.2. Caractéristiques socio- démographiques

#### 5.2.1. Age :

L'âge moyen de nos patientes a été de **34 ans** avec des extrêmes de **15 et 47 ans**. La tranche d'âge de **26 à 35 ans** était la plus représentée avec **60,1%**. Tous les âges de la période de reproduction ont été représentés.

Ce fait a été constaté chez beaucoup d'autres auteurs comme DIOUF A. [14] au Sénégal, BOHOUSSOU K. [15] en Côte d'Ivoire, ZHIRI M.A. [16] au Maroc, N'GASSA P.A. [17] au Cameroun, KOITA. R [11], FANE.K[18] et CAMARA S. [9] dans le même service. Cette tranche d'âge correspond à la période où l'activité reproductive est intense.

En effet, l'immaturation des bassins chez les femmes mariées précocement, la réduction de l'intervalle inter gésique sont des facteurs exposant ces femmes à la rupture utérine.

### **5.2.2. Niveau socio-économique et professionnel**

Le niveau socio-économique et professionnel des parturientes a été apprécié à partir de leur statut matrimonial, leur profession et leur niveau d'instruction.

- 100 % étaient mariées ;
- 92% étaient ménagères ;
- 83% étaient analphabètes.

Ceci montre que la grande majorité des patientes admises était constituée de ménagères non instruites vivant avec leur mari.

La plupart de ces femmes n'ont pas régulièrement suivies les CPN pour des raisons diverses (financière, accessibilité).

L'étude a permis d'être du même avis que KOITA R. [11] qui disait que le bas niveau socio-économique dans nos pays intervient dans la genèse des ruptures utérines, il réduit l'accès aux soins médicaux.

ALIHONOU E. [19] au Bénin trouve que 60 à 70% des cas de ruptures utérines s'observent chez les femmes de classe économiquement faible, issues pour la plupart du milieu rural ou des zones suburbaines déshéritées.

## **5.3. Admission**

### **5.3.1. Mode d'admission :**

En ce qui concerne le mode d'admission 129 parturientes soit **89%** ont été évacuées et 9 soit **11%** sont venues d'elles même.

DIAKITE Y. [10] a trouvé **64,1%** des parturientes évacuées et **33,8%** sont venues d'elles même.

DRABO A. [20] a trouvé **94%** de parturientes évacuées et **16%** sont venues d'elles même.

### **5.3.2 Moyen de transport :**

Au cours de notre étude **82%** des parturientes ont été évacuées par ambulance et **9%** par transport en commun.

KOITA R. [11] a trouvé **54%** des patientes évacuées par ambulance et **7%** par transport en commun.

FANE K. [18] a trouvé **90 %** des patientes évacuées par ambulance et **8%** par transport en commun.

### **5.3.3. Motif d'évacuation :**

Quarante-sept patientes soit **33,8%** ont été référées pour RU, 13 patientes soit **9,4%** ont été référées pour HRP et 10 patientes soit **7,2%** ont été référées pour PP.

FANE K. [18] a trouvé **10%** des patientes référées pour métrorragies, **11%** pour dilatation stationnaire et **8%** pour RU.

L'organisation du système de référence/évacuation a permis de résoudre certaines difficultés liées à l'accès aux structures spécialisées et à la prise en charge des accouchements dystociques. Elle a contribué à diminuer la fréquence des ruptures utérines.

## **5.4. Antécédents**

### **5.4.1. Antécédents obstétricaux :**

#### **a. Parité :**

Les multipares ont représenté **61,6%**. Les résultats rejoignent ceux des auteurs comme CAMARA S. [9], DIAKITE.Y [10], KOITA R. [11], pour dire que la fréquence des ruptures utérines croît avec la parité à cause des modifications histologiques du muscle utérin. L'étude a permis d'être du même avis que DIABY M. [21] et DRABO A. [20] qui trouvent que " la prédisposition des

multipares à la rupture utérine est une notion classique qui mérite d'être conservée " par une vigilance accrue.

#### **b. IIG :**

Huit soit **5,7%** des patientes avaient un intervalle inter gésique inférieur à 12 mois.

DIAKITE Y. [10] a trouvé **66,7%**. La réduction de cet intervalle est considérée comme facteur de risque en raison des modifications histologiques du muscle utérin.

*La parité, l'IIG et l'utilisation abusive de l'ocytocine étaient des facteurs favorisant de la survenue de la RU.*

#### **5.4.2 Antécédents chirurgicaux :**

Cinquante-deux patientes soit **37,7%** avaient un utérus cicatriciel.

A Bamako (CSREF CV), KOITA R. [11] et DIAKITE Y. [10] ont trouvé respectivement **97%** et **38,8%**. LANKOANDE J. [12] à Ouagadougou a trouvé **7,5%**.

Cependant, il faut noter l'absence d'antécédent de curetage difficile à établir dans un pays où l'avortement est un sujet tabou contrairement à certains auteurs comme MERGER R. [8] qui insiste sur le rôle traumatisant des curettes comme facteurs favorisant le risque de survenue de la rupture utérine ainsi que DISSA L. [22].

### **5.5. Suivi de la grossesse : consultation prénatale**

#### **5.5.1. Nombre de CPN :**

Quatre-vingt-dix-sept de nos patientes soit **70%** ont effectué au moins une CPN contre **64,3%** chez CAMARA S. [9], **77%** chez DIAKITE Y. [10] et **36,1%** KOITA R. [11].

Quarante et une de nos patientes soit **30%** n'ont effectué aucune CPN contre **35,7%** ; **23%** et **24,2%** respectivement chez CAMARA S. [9] DIAKITE Y. [10] et KOITA R. [11].

### **5.5.2. Auteurs des CPN :**

Soixante-six de nos patientes soit **48%** ont été suivies par les sage-femmes contre respectivement **44%**, **56%** et **55%** chez CAMARA S. [9], DIAKITE Y. [10] et KOITA R. [11].

### **5.5.3. Lieu des CPN :**

Soixante-deux de nos patientes soit **45%** ont effectué la CPN dans un CS Com contre **50%** chez CAMARA S. [9] et **38,8%** chez DIAKITE Y. [10].

## **5.6. Travail d'accouchement :**

### **5.6.1. Lieu du travail d'accouchement :**

Dans notre étude le travail d'accouchement s'est déroulé dans **78%** des cas dans un centre de santé communautaire, **11%** à domicile.

CAMARA S. [9] a trouvé **70%** dans un centre de santé et **18%** à domicile.

DIAKITE Y. [10] a trouvé **78,19%** dans un centre de santé et **7,5%** à domicile.

### **5.6.2. Durée du travail d'accouchement :**

La durée du travail a été  $\geq 12$ h chez 62 de nos patientes soit **44%**. KOITA R. [11] et DIAKITE Y. [10] ont trouvé respectivement **72%** et **67%** de durée de travail  $\geq 12$ h.

## **5.7. Données cliniques**

### **5.7.1. Etat clinique à l'admission :**

A l'admission, 34 parturientes soit **24,6%** avaient un mauvais état général altéré.

Il a été constaté 5 cas soit **6%** de décès maternel à l'arrivée. CAMARA S. [9] et DIAKITE Y. [10] ont trouvé respectivement **26,2%** et **17,9%** d'état général altéré ainsi que 15 et 2 cas de décès constatés à l'arrivée.

### **5.7.2. Signes cliniques :**

Un état anémique clinique a été diagnostiqué chez 33 patientes soit **23,9%**. DIAKITE Y. [10] au Mali a trouvé **25,9%** d'anémie clinique.

Cent patientes soit **72,5%** avaient une métrorragie et dans 78 cas soit **56,5%** le fœtus était sous la peau.

Dans 52 cas soit **37,7%** l'utérus avait au moins une cicatrice de césarienne. CAMARA S. [9] et DIAKITE Y. [10] ont trouvé respectivement **33,33%** et **38,8%** de cas d'utérus cicatriciel.

### **5.7.3. Etat du fœtus :**

Il a été enregistré 114 soit **81%** de décès fœtal.

CAMARA S. [9] et DIAKITE Y. [10] ont trouvé respectivement **84,5%** et **56,1%** de décès fœtal.

## **5.8. Diagnostic étiologique**

### **5.8.1 Circonstances de survenue de la rupture utérine :**

L'étude a prouvé que chez 59 de nos patientes soit **43%** l'ocytocine a été responsable de la RU.

CAMARA S. [9] et DIAKITE Y. [10] ont trouvé respectivement **35,7%** et **23,7%** d'utilisation d'ocytocine.

Dans cette série nous avons retrouvé le BGR chez 6 patientes soit **4,3%**. CAMARA S. [9], KOITA R. [11] et DIAKITE Y. [10] ont trouvé respectivement **7%** ; **5%** et **46%** de BGR.

KEITA N. [23] en Guinée Conakry a trouvé 8,38% de rupture utérine découverte après l'accouchement par voie basse.

Les présentations dystociques telles que les présentations transversales et celles du siège ont été les causes classiques des ruptures utérines les plus fréquentes avec respectivement 14 cas soit **10,1%** et 5 cas soit **3,6%**.

DIAKITE Y. [10] au Mali, ZHIRI M.A. [16] au Maroc et Diouf A. [14] au Sénégal ont trouvé respectivement 48%, 9,6% et 8,5% des cas.

Ces différentes causes ont été retrouvées dans la littérature à des taux variables CHAMISO B. [24], FANE K. [18], DIABY M. [21].

L'étude a trouvé 12 cas soit **8,7%** des nouveau-nés ayant un poids  $\geq 4000$  g. CAMARA S. [9] a trouvé **12%** de macrosomie fœtale.

## **5.9. Lésions anatomiques**

### **5.9.1. Type de rupture :**

Dans notre série on a enregistré 88 cas de ruptures complètes soit **63 %** et 50 cas de ruptures incomplètes soit **37 %**.

### **5.9.2. Siège :**

Le siège de la rupture a été segmentaire dans 62 cas soit **45%**, segmento-corporéal dans 71 cas soit **51,4%** et corporéal dans 5 cas soit **3,6%**.

CAMARA S. [9] a trouvé **80%** de ruptures complètes. Le siège de la rupture a été segmentaire antérieur dans **42,8%**.

DIAKITE Y. [10] a trouvé respectivement **71,1%** de ruptures complètes et **38,9%** ruptures incomplètes. Dans sa série le siège de la rupture était segmentaire dans **58%**, segmento-corporéal dans **33%** et typiquement corporéale dans **9%** des cas.

Dans la littérature contemporaine : BOHOUSSOU K. [15], DIOUF A. [14] et ZHIRI M.A. [16] comme dans notre étude, les ruptures complètes siégeant au niveau du segment inférieur sont les plus fréquentes.

### 5.9.3. Types de lésions associées :

Notre étude a trouvé comme lésions associées à la rupture utérine **13 %** de lésions de pédicule utérin, **3,6%** de lésions vaginales et **1,4 %** de lésion vésicale.

KOITA R. [11] a trouvé **48%** de lésions du pédicule utérin, **32%** de lésions vésicales et **12%** de lésions vaginales.

DIAKITE Y. [10] a trouvé **10,9%** de lésions du pédicule utérin, **4,8%** de déchirures cervicales (col utérin), **1,4%** de déchirures vaginales et **0,7%** de lésions vésicales.

## 5.10. Traitement de la rupture utérine

### 5.10.1. Traitement chirurgical :

Le traitement de toute rupture diagnostiquée est d'abord chirurgical en vue d'assurer une hémostase correcte.

Nous avons réalisé **47,1%** d'hystérorraphie simple, **28,3%** d'hystérorraphie plus ligature et résection des trompes ; **10,9 %** d'hystérectomie totale, **15,2 %** d'hystérectomie subtotale et **1,2%** césarienne post mortem. *Au total nous avons eu 23% d'hystérectomie.*

DIAKITE Y. [10] et CAMARA S. [9] ont réalisé respectivement : **13,2%** et **10%** d'hystérectomie subtotale.

CAMARA S. [9], FANE K. [18] ont trouvé respectivement **40%** et **91,9%** d'hystérorraphie simple.

### 5.10.2. Traitement médical

#### a. Réanimation :

Elle a été pré, per et post opératoire. Elle a été assurée par la perfusion de la Gélofusine (kit de césarienne compliquée), l'oxygénothérapie et la transfusion d'unités de sang iso groupe iso rhésus.



## **b. Transfusion :**

Quatre-vingt-deux de nos patientes soit **61%** ont bénéficié d'une transfusion de sang.

CAMARA S. [9] et DIAKITE Y. [10] ont trouvé respectivement **63,1%** et **36%** de cas de transfusion sanguine.

***NB :** Les unités de sang sont souvent disponibles à la banque de sang de l'hôpital du « point G »*

## **c. Traitement de l'infection**

100% de nos patientes ont reçu une bi ou tri antibiothérapie par voie parentérale et le relai par voie orale (gélule et comprimé).

Les antibiotiques utilisés ont été : Ciprofloxacine perfusion, métronidazole perfusion, amoxicilline 1g injectable, gentamicine 80mg injectable.

## **5.11. Pronostic**

### **5.11.1. Pronostic maternel :**

Il a été enregistré **64 %** de ruptures sur utérus sain et **36%** sur utérus cicatriciel.

CAMARA S. [9] a trouvé **66,7%** de RU sur utérus sain.

DIAKITE Y. [10] **24%** de ruptures utérines sur utérus cicatriciel.

Les désunions de cicatrice utérine sont les causes les plus fréquentes de ruptures utérines dans les pays fortement médicalisés.

« Un tissu cicatriciel présente toujours moins de souplesse et d'élasticité que le tissu sain » VENDITELLI F. [25].

Il a été enregistré 13 cas de décès soit **9,4%** dont 5 décès constatés à l'arrivée.

CAMARA S. [9], DIAKITE Y. [10] et KOITA R. [11] ont trouvé respectivement 13,1%, 6,5% et 5% de décès maternel.

Les complications tardives ont été de **23,9%** d'anémie, **4,3%** de suppuration pariétale et d'endométrite.

ILOKI LH. [26] dans son étude à Brazzaville au Congo a trouvé 1,6% de fistule vésico-vaginale et d'occlusion intestinale.

DIAKITE Y. [10] a trouvé **15,6%** de suppuration pariétale ; **7,4%** d'endométrite et **0,7%** de phlébite.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 23 jours avec des extrêmes de 1 à 41 jours.

### **5.11.2. Pronostic fœtal :**

La mortalité fœtale est très élevée dans notre étude : 114 des cas soit **82,6%**. Elle résulte de la souffrance fœtale aiguë liée à l'arrêt de la circulation utéro-placentaire.

BOUTALEB Y. [27] au Maroc, HODONOU A.K. [28] au Togo, MILLERDA G. [6] aux USA, DRABO A. [20] et DIAKITE Y. [10] au Mali ont enregistré respectivement : 83%, 77,54%, 31%, 84% et 56% de décès fœtal.

Il a été enregistré 24 nouveau-nés vivants soit **15,5 %** dont 19 cas soit **13,8%** avaient un score d'Apgar compris entre 8 et 10 à la 1<sup>ère</sup> minute.

CAMARA S. [9] : 13 nouveaux nés vivants soit **15,5%** dont **13,2%** avaient un score d'Apgar compris entre 7 et 10 à la 1<sup>ère</sup> minute.

*Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre la nature de la rupture utérine et l'état du fœtus.*

# CONCLUSION

## VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### 6.1. Conclusion

La rupture utérine pose un problème de santé publique dans les pays en voie de développement et particulièrement au Mali où elle est une des principales causes de mortalité maternelle et périnatale.

Les étiologies sont dominées par la multiparité, l'utilisation abusive d'ocytocine et les cicatrices utérines.

Le pronostic materno-fœtal lié à la rupture utérine reste mauvais.

La non-scolarisation des patientes, l'absence ou la mauvaise qualité du suivi prénatal, le retard dans l'évacuation des patientes, la multiparité, la mauvaise utilisation d'ocytocine, la cicatrice utérine et l'insuffisance de la capacité d'accueil des patientes en post opératoire dans le service de réanimation étaient les facteurs augmentant la morbidité et la mortalité maternelle.

Un meilleur dépistage des populations à risque à travers des CPN de qualité (CPN recentrée), l'augmentation de la capacité d'accueil de la Réanimation, un diagnostic précoce et une prise en charge rapide et adéquate des patientes permettront d'améliorer le pronostic materno-fœtal.

# RECOMMANDATIONS

## **6.2. Recommandations**

### **6.2.1. A l'endroit des autorités politiques et administratives (Ministère de la Santé et direction du CHU du « Point G »)**

- ✚ Assurer une formation de qualité et continue en périnatalités des agents socio sanitaires
- ✚ Maintenir les agents socio sanitaires qualifiés sur toute l'étendue du territoire national ;
- ✚ Redynamiser le système de référence / évacuation sur l'ensemble du territoire national ;
- ✚ Assurer l'équipement des services de santé ;
- ✚ Développer et améliorer les moyens de transport et l'état des routes à l'intérieur du pays ;
- ✚ Rendre fonctionnel le bloc d'urgence du service de Gynécologie - Obstétrique du CHU du P « G » ;
- ✚ Augmenter la capacité d'accueil du service de la réanimation du CHU du « Point G ».
- ✚ Renforcer le laboratoire du CHU du « Point G » pour la réalisation des bilans pré opératoires d'urgences
- ✚ Pourvoir les structures en personnel qualifiés.

### **6.2.2. A l'endroit des agents socio sanitaires :**

- ✚ Intensifier la CCC à l'endroit des communautés sur les risques liés au non suivi des grossesses, à l'accouchement à domicile, au travail prolongé, aux pratiques traditionnelles néfastes et à la non reconnaissance des signes de complications de la grossesse ;
- ✚ Réussir une bonne organisation des services pour une meilleure prise en charge des parturientes ;
- ✚ Faire des consultations prénatales de qualité (CPN recentrée) ;

- ✚ Utiliser correctement l'ocytocine
- ✚ Utiliser le partogramme pour la surveillance du travail d'accouchement ;
- ✚ Analyser et interpréter correctement les anomalies du partogramme en vue d'une prise en charge rapide et efficace ;
- ✚ Référer ou évacuer à temps les gestantes et/ou les parturientes ;

### 6.2.3. A l'endroit des communautés

- ✚ Participer activement aux efforts d'organisation du système de référence/ évacuation ;
- ✚ Participer à la prise en charge des agents socio - sanitaires ;
- ✚ Effectuer les consultations prénatales dès le début de la grossesse ;
- ✚ Accoucher dans les structures de santé ;
- ✚ Reconnaître les signes de danger et éviter les retards de recours aux soins en pré, per et partum ;
- ✚ Fréquenter toutes les unités de la santé de la reproduction (CPN/CPON/PF/SAA) ;
- ✚ Contribuer à la dotation de la banque de sang par l'identification des donateurs volontaires.

# **BIBLIOGRAPHIE**



## VII. BIBLIOGRAPHIE

1. **DIAKITE I** : La rupture utérine au Csref de Koutiala. Thèse de médecine Bamako 10M283
2. **DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE (DNS)** : Protocole des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, Novembre 2006, MALI ; 59 p.
3. **DIAKITE M.** : Les ruptures utérines. A propos de 4 cas observés à Bamako. Thèse de Médecine, Bamako, 1995, N°1.
4. **TRAORE M, DIABATE F S et 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 et Mopti. Thèse de médecine, Bamako, 1991 n°14
5. **G. BODY, G. BOOG, M. COLLET, A. FOUMIE, J Y. GRALL, M C. LAURENT et al.** : Les urgences en Gynécologie - Obstétrique. Les 6 CHRU de la Région Ouest : Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes, Tours, 2005.
6. **MILLERDA G, GOODWIN Tm, GHERMAN Rb et PAUL Rh.**: Intra partum rupture of the unscarred uterus (Review) 18 Refs Obstetrics and gynecology- 89 (5pt 1): 671- 3 1997 May.
7. **J LANSAC, C BERGER et G. MAGNI** : **Obstétrique** : Collection pour le praticien, 4<sup>ème</sup> édition. Paris : Masson, 2003 ; 469 p.
8. **MERGER R, LEVY J et MELCHIOR J.** : Précis d'Obstétrique, 6<sup>ème</sup> édition, Masson, Paris ; 1995 ; 597 p.
9. **CAMARA S.** : Problématique de la rupture utérine dans le service de gynécologie obstétrique du CHU point g (à propos de 84 cas). Thèse de médecine Bamako 2015 n 170.
10. **DIAKITE Y.** : La rupture utérine au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. A propos de 139 cas de 2005 à 2009. Thèse de Médecine, Bamako, 2011, N°267.

- 11. KOITA R. :** Aspect épidémiologique-cliniques et thérapeutiques de la rupture utérine au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de Médecine, Bamako 2017 N°121.
- 12. LANKOANDE J, OUEDRAGO Ch., TOURE B, OUEDRAGO A et DAO B. :** Les ruptures utérines obstétricales à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou. Médecine d’Afrique Noire : 1998, 41 (1) : 604- 607.
- 13. NAVDIN F, MUNYEMANAS, SEBAZINGU P, CLERGET et GURNAUD J M. :** Les ruptures utérines au Rwanda (à propos de 87 cas). Med. Trop. 1983 ; 43 : 37- 43.
- 14. DIOUF A, DAO B, DIALLO D, MORENRA P et 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.
- 15. BOHOUSSOU K, HOUPHOUET K B, ANOMA M et SANGARET M A. :** Ruptures utérines au cours du travail. A propos de 128 cas, Afr. Med. 1978, 17, (162), 467- 478.
- 16. ZHIRI Ma, ADER DOUR M et ZAHER N. :** Etude comparative de 2 séries de ruptures utérines colligées au CHU- AVERROES de Casablanca de 1979 à 1981 et de 1984 à 1986. J. Gynécol. Obstét. Biol. Réprod. 1989, 18, 206-212.
- 17. NGASSA P C, SHASHA W, KOUAM L, DOH A S et KAMDOMMOYO J. :** Les ruptures utérines au CHU de Yaoundé (Cameroun), une étude rétrospective sur 10 ans. 3ème congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d’obstétrique. Volume des Résumés ; Dec 1994.
- 18. FANE K. :** La rupture utérine au centre de santé de référence de Bougouni : aspects cliniques thérapeutiques et pronostic. Thèse de Médecine, Bamako 2014 N0271.
- 19. ALIHONOU E et AHYI B. :** Les ruptures utérines, facteurs favorisants et mesures prophylactiques. Dakar Méd. ; 1983, 28, 3, 553-559
- 20. DRABO A. :** Les ruptures utérines à l’hôpital Sominé Dolo de Mopti : facteurs influençant le pronostic materno fœtal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas. Thèse de Médecine, Bamako. 2000, N°7.

- 21. DIABY M. :** Les urgences gynéco - obstétricales au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako à propos de 184 cas, Thèse Med, Bamako, 2008.
- 22. DISSA L. :** Étude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 1265 cas, Thèse Med, Bamako, 2005.
- 23. KEITA N, DIALLO M S, JAZY Y, BARRY M D et TOURE B. :** Les ruptures utérines : A propos de 155 cas observés à Conakry (République de Guinée) J. Gynécol. Biol. Réprod. 1989 ; 18 :1041-1047.
- 24. CHAMISO B. :** Ruptures of prégnant utérus in shashemene general Hospital, South, Shoa, Ethiopia (a three year study of 5 cases Ethiopian Médical journal-33(4); 25, -7, 1995 Oct.
- 25. VENDITTELLI F, TABASTE J L et C. LABARCHEDE. :** Rupture utérine sur utérus antérieurement césarisé. Revue de littérature à propos de deux cas. Rev. Fr. Gynécol-Obstét., 1993, 88, 5.
- 26. ILOKI L H et OKONGO D. :** Les ruptures utérines en milieu Africain, 53 cas colligés au CHU de Brazzaville, J. Gynécol. Obstét., Biol., Reprod ; 1994, 23, 922- 25.
- 27. BOUTALEB Y, ADERDOUR M et ZHIRI MA. :** Les ruptures utérines, J. Gynécol. Obstet. Biol. Repr., 1982, 11: 87- 89
- 28. HODONOU A K S, SCHMIDT H et VOVOR M. :** Les ruptures utérines en milieu Africain au CHU de Lomé à propos de 165 cas. Med. Afr, noire 1983, 30 : 507- 517

# **ANNEXES**

## VIII. ANNEXES

### 8.1. Score d'Apgar :

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

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

Un score normal est supérieur à 7.

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

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

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

## 8.2. Score de Glasgow :

Score	Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice
1	Aucune	Aucune	Aucune
2	A la douleur	Sons	Décérébration
3	A l'appel	Mots	Décortication
4	Spontanée	Confuse	Flexion non orientée
5	.	Normale	Orientée
6	.	.	Sur ordre

Il varie de 3 à 15

- Normal : 13 à 15 ;
- Stade I : Obnubilation (sommolence ou confusion) : 08 à 12 ;
- Stade II : 6 à 7 ;
- Stade III : 4 à 5 ;
- Stade IV : 3 (état de coma profond).

### 8.3. Fiche signalétique

**Nom :** BAKO

**Prénom :** Mariama Mamane

**Nationalité :** Malienne

**Titre du mémoire :** Etude épidémiologique-clinique, thérapeutique et pronostique de la rupture utérine dans le service de Gynécologie - Obstétrique du CHU du Point « G » de Bamako de 2008 à 2017.

**Année universitaire :** 2018- 2019

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** FMOS de l'université de Bamako.

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie - Obstétrique ; santé publique.

**Courriel :** mamanebakomariama@yahoo.fr

#### **Objectifs :**

Notre étude avait pour but d'étudier les aspects épidémiologiques cliniques, thérapeutiques et pronostique de la rupture utérine dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU du point G.

#### **Matériel et Méthodes :**

Nous avons réalisé une étude transversale (rétrospective et descriptive) allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2008 au 31 Décembre 2017 dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du Point « G ».

#### **Résultats :**

Nous avons colligé 138 cas de rupture utérine sur un total de 16101 accouchements soit une fréquence de 0,86 %. La fréquence des ruptures utérines a progressivement augmenté suivant les années avec un maximum en 2012 avec 24 cas soit 28,6%.

La tranche d'âge la plus représentée était de 26 à 35 ans, l'âge moyen était de 34 ans avec les extrêmes de 15 à 48 ans.

Les facteurs de risque ont été dominés par la multiparité 62%, l'utilisation abusive de l'ocytocine 43%, les cicatrices utérines 37,8% et les présentations dystociques 10%. Le traitement a été chirurgical (73,5% ont bénéficiés d'une hystérorraphie et 26,1% d'une hystérectomie), 60% de nos patientes ont bénéficiées d'une transfusion sanguine. Le pronostic materno-fœtal a été mauvais avec 13 cas de décès maternel soit 17,94 % et 114 cas décès périnatal soit 82,6 %.

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

## 8.4. Fiche d'enquête

Fiche n°: /...../...../...../

### I. Identification de la patiente

Nom et prénom : .....

Date et heure d'entrée : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ à /\_\_\_/ h/\_\_\_/ min

### II. Données socio démographique :

Age (ans) : .....

Ethnie : .....

Résidence : .....

Commune de : .....

Statut matrimonial : /\_\_\_/ 1 : Mariée, 2 : Célibataire

Niveau d'instruction : /\_\_\_/ 1 : Non instruite ; 2 : Primaire ; 3 : Secondaire

4 : Supérieur 5 : Autres à préciser : .....

Profession : /\_\_\_/ 1 : Ménagère, 2 : Elève / étudiante, 3 : Coiffeuse, 4 : Vendeuse, 5 :

Autres à préciser : .....

Profession du conjoint : .....

### III. Admission

**3.1. Mode d'admission :** /\_\_\_/ 1 : Evacuée, 2 : Venue d'elle même

**3.2. Moyen de transport :** /\_\_\_/ 1 : Ambulance, 2 : Transport en commun, 3 : Voiture personnelle, 4 : Autres à préciser : .....

Provenance (centre de santé ayant transféré) : /\_\_\_/ 1 : CSréf, 2 : CScom, 3 : CHU GT, 4 : Autres (Koulikoro, Ségou, Sikasso, Kayes)

Date et heure d'admission au centre ayant transféré : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ à /\_\_\_/ h/\_\_\_/ mn

Heure de prise de décision du transfert : /\_\_\_/ heures/\_\_\_/ mn

**3.3. Motif d'admission :** /\_\_\_/ 1 : RU, 2 : HPPI, 3 : PP, 4 : Autres à préciser : .....

Partogramme : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

### IV. Antécédents

**4.1. Médicaux :** /\_\_\_/ 1 : Diabète, 2 : HTA, 3 : Drépanocytose, 4 : VIH, 5 : Aucun, 6 : Autres

### 4.2. Chirurgicaux :

Césarienne : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non



Myomectomie : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Cure de fistule vésico-vaginale : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Plastie utérine : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Salpingectomie : /\_\_\_/ 1. Oui ; 2. Non

Hystéroscopie : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

7. Aucun : /\_\_\_/

#### 4.3. Obstétricaux :

Gestité : /\_\_\_/ 1 :0, 2 :1, 3 : 2, 4 :3, 5 : 4, 6 : ≥5

Parité : /\_\_\_/ 1 :0, 2 :1, 3 : 2, 4 :3, 5 : 4, 6 : ≥5

Nombre d'enfant vivant : /\_\_\_/ 1 :0, 2 :1, 3 : 2, 4 :3, 5 : 4, 6 : ≥5

Nombre d'enfant décédé : /\_\_\_/ 1 :0, 2 :1, 3 : 2, 4 :3, 5 : 4, 6 : ≥5

Nombre d'avortement (spontané ou provoqué) : /\_\_\_/ 1 :0, 2 :1, 3 : 2, 4 :3, 5 : 4, 6 : ≥5

Intervalle inter gésique : /\_\_\_/ 1 : < 1 an, 2 : ≥1an

Année de la dernière césarienne : /\_\_\_\_\_/

Nombre de césarienne : /\_\_\_/ 1 :0, 2 :1, 3 : 2, 4 :3, 5 : ≥4

#### V. Histoire de la grossesse actuelle :

5.1. DDR : /\_\_\_/ /\_\_\_/ /\_\_\_\_\_/

5.2. Age gestationnel : /\_\_\_/ SA, DPA : /\_\_\_/ /\_\_\_/ /\_\_\_\_\_/

5.3. CPN : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Nombre : /\_\_\_/ 1 :0, 2 :1, 3 : 2, 4 :3, 5 : 4, 6 : ≥5

Qualification de l'auteur : /\_\_\_/ 1 : Médecin, 2 : Sage-femme, 3 : Infirmière obstétricienne, 4 : Matrone, 5 : Inconnu

Lieu : /\_\_\_/ 1 : Hôpital, 2 : CSRéf, 3 : CSCom, 4 : Domicile

5.4. Bilan biologique obligatoire : /\_\_\_/ 1 : Complet, 2 : Incomplet

Groupage : /\_\_\_/ 1 : Fait, 2 : Non fait

Autres : .....

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

5.6. Prophylaxie anti-palustre : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Prophylaxie antianémique : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Prophylaxie antitétanique (VAT) : /\_\_\_/ 1 : 1 dose, 2 : 2 doses, 3 : Rappel

## VI. Travail d'accouchement

6.1. Début : date : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ et /\_\_\_/heure /\_\_\_/mn

6.2. Lieu de déroulement du travail : /\_\_\_/ 1 : Hôpital, 2 : CSRéf, 3 : CScom, 4 : Domicile

6.3. Durée du travail d'accouchement : /\_\_\_/ 1 : < 12 heures, 2 : ≥ 12 heures

6.4. Voie d'accouchement : /\_\_\_/ 1 : voie basse, 2 : laparotomie

## VII. Données cliniques

7.1. Etat général : /\_\_\_/ 1 : Bon, 2 : Passable, 3 : Mauvais, 4 : Agitation, 5 : Coma et 6 : Décès constaté à l'arrivée

### 7.2. Signes généraux :

TA : ..... / T° : ..... / Pouls : ..... /, FR..... /

Conjonctives : /\_\_\_/ 1 : Pales, 2 : Colorées

Sueurs froides : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Soif intense : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Sensation de coulée du liquide chaud dans le ventre : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

### 7.3. Signes physiques :

Hauteur utérine (HU) : ..... cm/

Nombre de CU / 10mn : /\_\_\_/ 1 : <3, 2 : 3 à 5, 3 : ≥6

BDCF : /\_\_\_/ 1 : Absent, 2 : Présent

Palpation du fœtus sous la peau : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Métrorragie : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Dilatation du col utérin : /\_\_\_/ 1 : ≤3cm, 2 : ≥4cm

Variété de présentation : /\_\_\_/ 1 : Céphalique, 2 : Siège et 3 : Transverse

Niveau de la présentation : /\_\_\_/ 1 : Engagée, 2 : Non engagée

Bassin : /\_\_\_/ 1 : Normal, 2 : Limite, 3 : Rétréci, 4 : Asymétrique

Rupture prématurée des membranes: /\_\_\_/ 1 : < 6 heures, 2 : > 6 heures

### 7.4. Examens para cliniques

Groupage Rhésus : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Taux d'hémoglobine : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

## VIII. Diagnostic étiologique

### 8.1. Circonstances de découverte

Rupture utérine sur utérus sain : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Rupture utérine sur utérus cicatriciel : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Rupture utérine suite à une manœuvre : /\_\_\_/ 1 : Expression abdominale, 2 : Forceps/Ventouse, 3 : VMI, 4 : VME, 5 : Autres

Utilisation abusive des ocytociques : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

## 8.2. Circonstances du diagnostic

Tableau franc de rupture utérine : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Rupture utérine découverte au cours d'une révision utérine : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

## IX. Lésions anatomopathologiques

9.1. Nature de rupture : /\_\_\_/ 1 : Complète, 2 : Partielle (sous séreuse)

9.2. Sièges : /\_\_\_/ 1 : Segmentaire, 2 : Corporéale, 3 : Segmento-corporéale

Longueur de la brèche (en cm) : /\_\_\_/

9.3. Lésions associées : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Si oui à préciser : ...../

## X. Méthodes de traitement

### 11.1 Traitement chirurgical :

a. Hystérorraphie sans ligature tubaire : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

b. Hystérorraphie avec ligature tubaire : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

c. Hystérectomie subtotale : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

d. Hystérectomie totale : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

e. Mise en place de drain : /\_\_\_/ 1 : Unique, 2 : Bilatéral

### 10.2. Traitement médical :

a. Antibiotiques : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

b. Transfusion : /\_\_\_/ 1 : Oui et 2. Non

Quantité prescrite : /\_\_\_/ et Quantité reçue : /\_\_\_/

10.3. Durée de l'intervention : .....heure.....mn

## XI. Evolution et pronostic

11.1. Suites simples : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

11.2. Complications : /\_\_\_/ 1. Oui, 2. Non

Infection pariétale : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Endométrite : /\_\_\_/ 1 : Oui ; 2 : Non

**Etude épidémiologique – clinique, thérapeutique et pronostique de la rupture utérine dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU du « Point G »**

Péritonite : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Septicémie : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Anémie : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Phlébite : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Décès : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Préciser la cause: /\_\_\_/ 1 : Anémie décompensée, 2 : Choc hémorragique, 3 : Septicémie

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

Durée d'hospitalisation (en jour) : /\_\_\_/ 1 : 0, 2 : 1-3, 3 : 4-6, 4 : 7-10, 5 : >10

**XII. Nouveau-né :**

Vivant : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Si vivant : Apgar : 1mn /\_\_\_/, 5mn /\_\_\_/, 10mn /\_\_\_/

Si décédé : Cause : .....

Poids en (gramme) : /\_\_\_/ 1 : < 2500 g, 2 : 2500g-3999g, 3 : ≥4000g

Taille (en cm) : /\_\_\_/ 1 : <47 cm, 2 : ≥47cm

Périmètre crânien (en cm) : /\_\_\_/ 1 : <30cm, 2 : 30cm-35cm, 3 : ≥36cm

Périmètre thoracique (en cm) : /\_\_\_/ 1 : <30cm, 2 : 30cm-35cm, 3 : ≥36cm

Malformation : /\_\_\_/ 1 : Oui, 2 : Non

Référé : /\_\_\_/ 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.*

*Admise 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.*

*Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

***Je le jure !***