

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)



Année universitaire : 2019-2020

THESE

N°...../

**RUPTURES UTERINES : ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES, THERAPEUTIQUES ET PRONOSTIC AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE BOUGOUNI**

Présentée et soutenue publiquement le **09/11/2020**

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

M. COULIBALY Mohamed

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

JURY

Président : Professeur Alhassane TRAORE

Membre : Docteur Seydou FANE

Docteur Thierno Madane DIOP

Co-directeur : Docteur Mala SYLLA

Directeur : Professeur Youssouf TRAORE

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A mon père Doulaye :

Papa, c'est grâce à vous que j'ai compris qu'une bonne éducation est la meilleure chose qu'un parent doit à son enfant.

Vous avez consacré le meilleur de vous-même à notre éducation pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

Je ne saurai vous remercier assez.

A ma mère Mme COULIBALY Rokia KANTE :

Les mots me manquent pour vous qualifier. Vos sages conseils et vos bénédictions nous accompagnent toujours dans la vie.

Grâce à DIEU et à toutes vos bénédictions, voilà enfin que je suis devenu ce que vous avez toujours voulu que je sois.

Merci pour tous les sacrifices consentis à notre éducation.

Puisse Dieu vous garder longtemps auprès de nous.

Mes frères et sœurs :

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

REMERCIEMENTS

A l'Afrique toute entière

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de tes populations.

A ma patrie le Mali

Tu m'as vue naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation. Tu m'as donné un savoir incommensurable. Profonde gratitude à toi mon cher Mali.

Aux familles : COULIBALY de N'Gomi et Bamako, COULIBALY de Bougouni et Bamako, KANTE à Koulouba ; BAH, SANGARE, KONATE.

A mes oncles et tantes : Zoumana COULIBALY ; Mariam COULIBALY ; Fatoumata COULIBALY ; Hawa COULIBALY ; Oumou COULIBALY ;

Vous m'avez toujours témoigné votre affection. Votre chaleur ne m'a pas du tout manqué. Ce travail est le vôtre.

A mes frères et sœurs : Oumar ; Ibrahima ; Sidiki ; Souleymane ; Moussa ; Salimata ; Kadiatou ; Mariam ; Sanaba ; Dramane ; Moussa et Dramane Bamba

Votre soutien ne m'a jamais fait défaut. Que nos liens fraternels se resserrent davantage. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mes cousins et cousines, neveux et nièces :

Votre respect et votre admiration pour moi m'ont toujours exhortée à plus de persévérance ; je vous souhaite plein succès dans la vie.

A mes amis (es) d'enfance, A la 10ème promotion du clausus numerus, A mes autres amis (es) de l'Université, vous avez été plus que des amis pour moi. Je ne regrette pas de vous avoir côtoyés car en votre compagnie j'ai connu l'amour, la tendresse, l'affection. Votre sens de l'humour, votre gentillesse en bref vos qualités humaines font de vous des amis exceptionnels. Que Dieu renforce

**RUPTURES UTERINES : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES, THERAPEUTIQUE ET PRONOSTIC
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

d'avantage nos liens d'amitié et vous récompense pour tout ce que vous avez pu faire pour moi. Acceptez ici ce travail comme symbole de notre amitié.

A la FMOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté. Remerciements infinis.

Au comité d'éthique de la FMOS, au corps professoral

A mes aînés de la faculté :

Dr COULIBALY Seydou, Dr Abba CISSE, Dr Alassane TOGOLA, Dr Keba BAMBA, Dr Ibrahima SAMAKE, Dr Birama DAGNOKO ; Dr Inogo B. TEME.

A mon groupe d'exercice FMPOS (Chaca Niamaly ; Amadou Diarra)

Aux étudiants nationaux et non nationaux à la FMOS particulièrement ceux de la 10ème promotion du « numerus clausus » de la filière médecine. Je n'oublie pas ceux de la filière « Pharmacie ».

A tous mes encadreurs du CHU du Point G, du CHU Gabriel Touré.

Aux sages-femmes de l'unité service de Gynécologie et d'Obstétrique du CSRéf de Bougouni.

Aux infirmières et infirmiers du CSRéf de Bougouni

Aux Docteurs : Mala SYLLA ; Mariam CISSE, Adolphe DOUMBIA.

La rigueur scientifique et les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

Merci pour la qualité de l'enseignement et la disponibilité constante dont vous avez fait montre tout au long de l'élaboration de cette thèse.

Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs et la réussite de toutes vos entreprises.

Au le personnel du CSRéf de Bougouni plus particulièrement Dr COULIBALY O, Dr BAGAKO, Dr SAMAKE D, Dr DOUMBIA A, Dr DIARRA K, Dr TRAORE M, KONE P, DOUMBIA M, Dr SAMAKE A, Dr KONE M.

A mes amis et collaborateurs :

**RUPTURES UTERINES : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES, THERAPEUTIQUE ET PRONOSTIC
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

A tous les faisant fonction d'interne du CSRéf de Bougouni : Yacouba
BAGAYOKO, Dramane DOUMBIA ; Zoumana DIARRA, Moussa KONE,
Chaca NIAMALY.

Aux externes du CSRéf de Bougouni : Youssouf SIDIBE ; Keriba DIARRA ;
Moulaye BERTE ; Lassine M. TOURE ; Grégoire DEMBELE ; Salif DIARRA ;
Lamine KONDE ; Oumar SIDIBE ; Zalihatou DIALLO ;

A tous ceux qui me sont chers et dont les noms ont été omis, l'erreur est
humaine, je vous porte tous dans mon cœur.

Merci.

**HOMMAGE AUX
MEMBRES DU JURY**

**RUPTURES UTERINES : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES, THERAPEUTIQUE ET PRONOSTIC
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE BOUGOUNI 2019**

- **A notre Maître et Président du jury**
- **Professeur Alhassane TRAORE**
- Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS
- Maître de Conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS
- Spécialiste en chirurgie hépatocellulaire et pancréatique
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone
- Membre de la société de Chirurgie du Mali

Cher maître,

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

Votre simplicité et votre humilité sont des qualités qui font de vous un maître envié de tous.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

Puisse Allah le bon Dieu, vous accorder une longue vie et une très bonne santé.

A notre Maître et Juge

Docteur Seydou FANE

- Maître Assistant en Gynécologie - Obstétrique à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Spécialiste en Santé Publique

Cher maître

La Spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous est allé droit au cœur.

Votre courage, votre grande amitié pour vos collaborateurs et vos étudiants, vos qualités d'homme de science et votre enthousiasme à transmettre votre savoir ont forcé l'admiration de tous.

Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude

A notre Maître et Juge

Docteur Thierno Madane DIOP

- Maître Assistant en Anesthésie-Réanimation
- Chef du service de Réanimation du CHU Gabriel Touré
- Médecin colonel des Services de Santé des Forces Armées du Mali
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'urgence du Mali
- Membre de la Société de Réanimation de Langue Française.

Cher Maître

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Votre richesse intellectuelle, votre rigueur scientifique, votre souci constant du travail bien fait, votre simplicité font de vous un être remarquable.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profonde gratitude

A notre Maître et Co-directeur de thèse

Docteur Mala SYLLA

- Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique
- Médecin chef du Centre de Santé de Référence de Bougouni
- Spécialiste en Santé Publique.

Cher Maître

La facilité avec laquelle vous nous avez acceptés comme élève ne nous a pas laissés indifférents. Votre disponibilité et votre simplicité font de vous un exemple à suivre.

Cher maître, sachez que même l'usure du temps ne pourra effacer vos souvenirs dans nos pensées. Trouvez ici le manifeste de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Youssouf TRAORE

- Professeur agrégé de Gynécologie-Obstétrique à la FMOS
- Praticien Hospitalier au service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Gabriel Touré
- Responsable de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH au Mali
- Titulaire d'un diplôme universitaire de Méthodologie de recherche clinique Bordeaux II
- Membre de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique
- Président de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali
- Enseignant-chercheur

Cher maître

C'est pour nous un grand honneur et un réel plaisir de vous avoir comme directeur de ce travail malgré vos multiples occupations. L'accueil que vous nous avez réservé ne nous a pas laissé indifférent. Votre gentillesse, votre chaleur humaine, votre ardeur et votre rigueur scientifique font de vous un homme aux qualités indéniables.

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

Qu'ALLAH vous prête longue vie et santé.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	5
2. OBJECTIFS.....	8
3. GENERALITES.....	10
4. METHODOLOGIE.....	41
5. RESULTATS.....	56
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	76
7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	85
REFERENCES.....	88
ANNEXES.....	94

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Utérus gravide	20
Figure 2 : Utérus en sablier.....	28
Figure 3 : Foetus palpable sous la peau	29
Figure 4 : Carte sanitaire de Bougouni.....	43
Figure 5 : Organigramme du CSRéf de Bougouni.....	50
Figure 6 : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie...	71
Figure 7 : Répartition des patientes selon les complications anesthésiques.....	71

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

AVP : Accident de la Voie Publique

BCF : Bruit du cœur foetal

BGR : Bassin généralement rétréci

CAP : centre d'animation pédagogique

CCC : Communication pour le changement de comportement

CED : centre d'éducation pour le développement

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIVD : Coagulation intra vasculaire disséminée

Cm : Centimètre

CMDT : Compagnie Malienne de Développement des Textiles

CPN : Consultation prénatale

CPON : Consultation post natale

CSCom : Centre de santé communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

Dr : Docteur

DRC : Dépôt répartiteur de cercle

DTC : Directeur Technique de Centre

DV : Dépôt de vente

FELASCOM : fédération locale des associations de santé communautaire

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Gr : Gramme

GT : Gabriel Touré

HCG : Hormone chorionique gonadotrope

HTA : Hypertension artérielle

IFM : Institut de Formation des Maîtres

IIG : Intervalle inter génésique

Km² : kilomètre carré

NFS : Numération formule sanguine

ORL : Otorhinolaryngologie

P : Probabilité

Mg : milligramme

ml : Millilitre

MmHg : millimètre de mercure

PAD : pression artérielle diastolique

PAS : pression artérielle systolique

PEV : Programme Elargie de Vaccination

PF : Planning familial

RU : Rupture utérine

SAA : Soins après avortement

SFA : Souffrance fœtale aigue

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SONUC : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet

SPSS: Statistical package for the social sciences

URENI : Unité de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle Intensive

USA: United State of America

VME: Manœuvre par Version Externe

VMI : Manœuvre par Version Interne

% : Pourcentage

≥ : Supérieur ou égal

≤ : Inférieur ou égal

° : Degré

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

La rupture utérine (RU) est toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus gravide. Mais l'usage a prévalu d'écarter celles qui n'intéressent que le col et celles qui sont consécutives à une manœuvre abortive [1].

En effet, il s'agit d'une affection obstétricale grave dont le pronostic materno-fœtal est mauvais. L'hémorragie occupe la 1^{ère} cause de décès dans le monde et parmi les causes principales apparait la rupture utérine [2]. Aujourd'hui, la rupture utérine est rare dans les pays développés : en France il est rapporté une rupture utérine pour 12 99 accouchements [3], aux Etats Unis d'Amérique (USA) une rupture utérine pour 16 849 accouchements [4], en Chine une rupture utérine pour 2 000 accouchements [5].

Une étude récente en Algérie en 2016 au centre hospitalier universitaire (CHU) de Bejaia avait enregistré 37 ruptures utérine sur 29 001 accouchements soit une fréquence de 0,128 [6].

La rupture utérine demeure une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelles dans les pays du tiers monde, particulièrement au Mali [2].

En 2006 une étude qualitative des causes de mortalités maternelles à Bamako montrait que la rupture utérine occupe la deuxième place avec une fréquence relative de 20 % des décès maternels [7].

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

La rupture utérine constitue l'un des principaux motifs d'urgences obstétricales au service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital du point « G » [9].

Une étude sur 5 ans réalisée au CSRéf de la COMMUNE V avait rapporté une fréquence de 139 ruptures utérines sur 37 276 accouchements soit une rupture utérine pour 268 accouchements [10].

Dans le cercle de Kadiolo, plus précisément au CSRéf, une étude sur 5 ans trouve **1,3%** de rupture utérine en 2009[11].

RUPTURES UTERINES : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES, THERAPEUTIQUE ET PRONOSTIC AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE BOUGOUNI 2019

Au centre de santé de référence de (CSRéf) de Bougouni en 2014 une étude rétrospective menée du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2013 avait rapporté une fréquence de **3,1%** des accouchements [12].

La rupture utérine a été l'objet de plusieurs travaux antérieurs sous forme de d'articles, de thèses de doctorat en médecine.

Malgré les orientations politiques du Mali en matière de santé de la reproduction ces dernières années, notamment la gratuité de la césarienne, cette pathologie reste une réalité dans certaines localités en particulier les zones les plus éloignées du centre.

Au Mali plusieurs études ont été consacrées à ce sujet ainsi pour actualiser les données de la littérature et déterminer les facteurs de risques de la rupture utérine de manière précise dans notre cercle que nous avons initié cette étude.

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS

2.1 Objectif Général :

Etudier les aspects épidémiocliniques, thérapeutiques et pronostics des ruptures utérines dans l'unité de Gynécologie-Obstétrique du CSRéf de Bougouni.

2.2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des ruptures utérines.
- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des patientes.
- Préciser les facteurs de risque des ruptures utérines.
- Décrire la prise en charge des ruptures utérines.
- Rapporter le pronostic materno-fœtal.

GENERALITES

3. GENERALITES

3.1 Définition : La rupture utérine (RU) est toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus. Mais l'usage a prévalu d'écarter celles qui n'intéressent que le col et celles qui sont consécutives à une manœuvre abortive [1].

3.2 Rappel anatomique :

3.2.1 Anatomie de l'utérus gravide

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.

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 gravité : c'est le segment inférieur [13].

a) Le corps de l'utérus

➤ Anatomie macroscopique

- Situation du fundus utérin

En début de grossesse, il est pelvien. A la fin du 2^{ème} mois, il déborde le bord supérieur du pubis. A la fin du 3^{ème} mois, il est à environ 8cm, 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 : c'est de 0 à 4 mois et ½, il répond à l'ombilic et à terme, il est à Racheftcm 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: les dimensions de l'utérus en fonction de l'âge de la grossesse.

Période	Hauteur	Largeur
Utérus non gravide	6 - 8 cm	4 - 5 cm
A la fin du 3^{ème} mois	13 cm	10 cm
A la fin du 6^{ème} mois	24 cm	16 cm
A terme	32 cm	22 cm

- **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^{ème} mois : il est sphérique, semblable à une " orange ". Au 3^{ème} mois : il a la taille d'une " pamplemousse ". Après le 5^{ème} 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 millilitres (ml) et à terme, elle est de 4 à 5 litres.

- **Poids**

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

- **Epaisseur des parois**

Au début de la grossesse, les parois s'hypertrophient et son épaisseur vers le 4^{ème} 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 10cm au niveau du fond et 5 à 7cm au niveau du corps.

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

- Consistance

Non gravide, l'utérus est ferme 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^{ème} ou 3^{ème} mois.

A terme, sa direction sagittale dépend de l'état de tonicité de la paroi abdominale. Sur 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 dextrorotation 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 même 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 caecum et le colon ascendant. Le bord gauche quant à lui, répond à la masse des anses refoulées et au colon descendant.
- En bas : le segment inférieur [13]

➤ **Anatomie microscopique**

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

- La 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.
- La musculuse : 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 (plexi forme) 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.

- La muqueuse : dès l'implantation, elle se transforme en 3 caduques ou déciduale :
 - 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) Le 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 ouvert en haut. Le col se situe sur la convexité, mais assez en arrière, de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et longue que la paroi postérieure.

- 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 corporeale. 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 cervicosegmentaire.

- Dimensions

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

Les dimensions varient selon la présentation et le degré d'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 sous-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.

- L'étude clinique : montrera la valeur pronostique capitale qui s'attache à sa bonne formation, à sa minceur, au contact intime qu'il prend avec la présentation.
- Physiologiquement : c'est un organe passif se laissant distendre. Situé comme un amortisseur entre le corps sur le col, il conditionne les effets 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 distend dans la dystocie.
- Au point de vue pathologique : il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique :
 - C'est sur lui que s'insère le placenta prævia.
 - C'est lui qui est intéressé dans presque toutes les ruptures utérines.

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 : ne changent presque pas.

- Situation et direction : 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 grossesses 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 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 : qui 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 : 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.

Anatomie descriptive et rapports

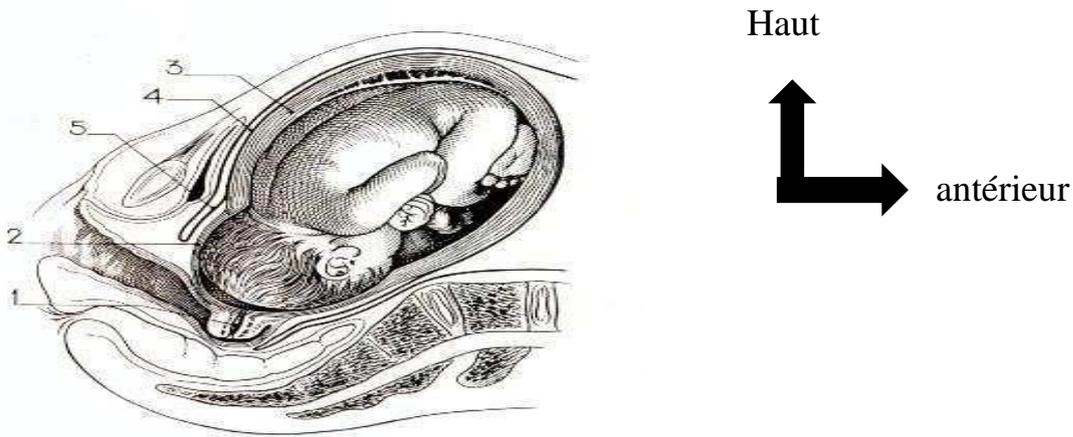


Figure 1 : Utérus gravide avec ses 3 parties [1]

1. Col
2. Segment inférieur
3. Corps
4. Péritoine adhérent
5. Péritoine décollable

➤ **Vascularisation et innervation de l'utérus gravide**

a) Vascularisation

Les artères (artères utérine, ovarique et funiculaire)

- 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.

- L'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.
- L'artère funiculaire : elle est, pour l'utérus gravide, d'une importance fonctionnelle négligeable. Les veines

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

Ces plexus proviennent :

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

Les voies sensibles remontent le long des utéro sacrés vers le nerf présacré.
Les voies motrices semblent emprunter les voies du parasymphatique pelvien.

➤ **Physiologie de l'utérus gravide**

Le déclenchement du travail est sous contrôle neurologique et hormonal.

- **Les filets sympathiques (nerfs hypogastriques)** : assurent surtout la conduction de la douleur et la rétractilité corporelle. Les filets parasymphatiques (nerfs érecteurs) règlent la tonicité et la rétractilité du segment inférieur et du col.

L'excitabilité et la conductibilité de la fibre utérine sont par ailleurs soumises à une influence hormonale :

- Les œstrogènes rendent la fibre excitable et conductible.
- La progestérone augmente la liaison du calcium-ATPases dépendante, diminuant ainsi la concentration de Calcium libre intracellulaire et la perméabilité de la membrane au Calcium. 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 [13].

➤ **Les caractéristiques des contractions utérines douloureuses :**

Elles sont :

- Involontaires et intermittentes
- Régulières et rythmées
- Totales (du fond jusqu'au col utérin)
- Progressives : de durée (satisfaisante et non fugace au moins 15 à 20 secondes), de fréquence (d'abord toutes les 10 minutes, puis se rapprochant régulièrement pour arriver à la fréquence d'une contraction utérine toutes les 3 à 5 minutes) et d'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

3.3 Epidémiologie de la RU :

La fréquence d'occurrence des ruptures utérines est très variable selon les études et ce pour différentes raisons :

Différence des protocoles d'analyse et d'observation

Différentes définitions de la rupture utérine selon les études : certaines ne considèrent que les ruptures complètes, d'autres incluent également les déchiscences.

Différence des milieux d'études.

Une revue des études effectuée en 2002 arrive cependant à une fréquence inférieure à 0,1 % de ruptures utérines, tous accouchements confondus [14].

Cette fréquence augmente significativement chez les femmes ayant un antécédent de césarienne, mais demeure inférieure à 0,5 % [15],[16],[17].

3.4 Causes des ruptures utérines :

Les ruptures utérines résultent d'une association de plusieurs facteurs morbides plus ou moins complexes. Elles peuvent survenir précocement pendant la grossesse ou plus tardivement pendant le travail.

Plusieurs classifications étiologiques sont possibles.

3.4.1 Les ruptures traumatiques ou provoquées

Elles surviennent pendant la grossesse ou le travail à la faveur de circonstances obstétricales difficiles imposant l'intervention de l'accoucheur.

➤ **Les manœuvres obstétricales**

- Les manœuvres manuelles telles que la version par manœuvre externe (VME), la grande extraction du siège et les manœuvres de dégagement d'une dystocie des épaules
- Les manœuvres instrumentales telles que le forceps, la ventouse, l'embryotomie

➤ **Les traumatismes non obstétricaux**

- Chute
- Accident de la voie publique (AVP)
- Plaies provoquées par une arme blanche ou à feu
- Coups de corne de bovins.

➤ **Les médicaments**

- Utéro toniques : utilisation de l'ocytocine sans surveillance et sans respect des contres indications
- Prostaglandines de synthèse administrées par voie locale -
Utéro toniques traditionnels

3.4.2 Les ruptures spontanées

➤ **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
- L'endométriose
- Le Choriocarcinome

➤ **Au cours du travail**

Elles sont les plus fréquentes et surtout dans les pays en voie de développement. Le facteur étiologique le plus rencontré est la dystocie négligée ou méconnue.

a) Causes maternelles :

- Dystocies osseuses : bassin immature, bassin généralement rétréci (BGR), bassin asymétrique, bassin transversalement rétréci
- Multiparité (fragilisation du muscle utérin) et grossesses rapprochées avec intervalle inter gésique court
- Tumeurs prœvia : fibrome, kyste ovarien, cancer du col
- Niveau socio-économique bas entraînant un niveau de santé bas, l'ignorance, les carences nutritionnelles, les anémies, les épuisements physiques et le recours tardif aux soins de santé

b) Causes fœtales

- Dystocies fœtales : la macrosomie et les présentations dystociques à savoir le front, la face enclavée ou en mento-sacrée, l'épaule et le siège souvent
- Malformations fœtales : hydrocéphalie, fœtus siamois, kystes congénitaux du cou et tumeur sacro coccygienne.

➤ **Les ruptures de cicatrices utérines**

Toutes les cicatrices utérines peuvent être responsables.

a) Les cicatrices de césarienne : elles sont les plus fréquentes.

Les cicatrices corporeales sont de mauvaise qualité et représentent la moitié des ruptures de cicatrice.

Les cicatrices segmentaires transversales entraînent une déhiscence dans environ 1% des cas de césarienne.

La qualité d'une cicatrice dépend de plusieurs facteurs tels que :

- Le siège de la cicatrice
- L'infection
- et l'état de nutrition

b) Autres cicatrices (gynécologiques)

Myomectomie (avec ou sans ouverture de la cavité utérine)

Salpingectomie avec résection cunéiforme

Hysteroplastie, hystéroscopie rarement

Curetage trop appuyé

Conisation

Anastomose isthmo-utérine

3.5 Diagnostic des ruptures utérines

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

Nous décrivons schématiquement deux tableaux cliniques :

- Tableau classique de la rupture bruyante sur l'utérus sain se voit surtout dans les ruptures par disproportion fœto-pelvienne ou au cours des présentions de l'épaule.
- Tableau de rupture insidieuse sur utérus fragilisé ou lors des manœuvres obstétricales.

3.5.1 Type de description : Rupture utérine typique sur utérus sain

➤ **Les signes cliniques**

a) 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 : épaules, face enclavée et front

b) Phases

On distingue deux phases successives : phases de pré-rupture et de rupture utérine

1^{ère} 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.

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

1^{er} ⇒ 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^{ème} ⇒ 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^{ème} ⇒ Tension douloureuse et palpable des ligaments ronds sur les flancs utérins.

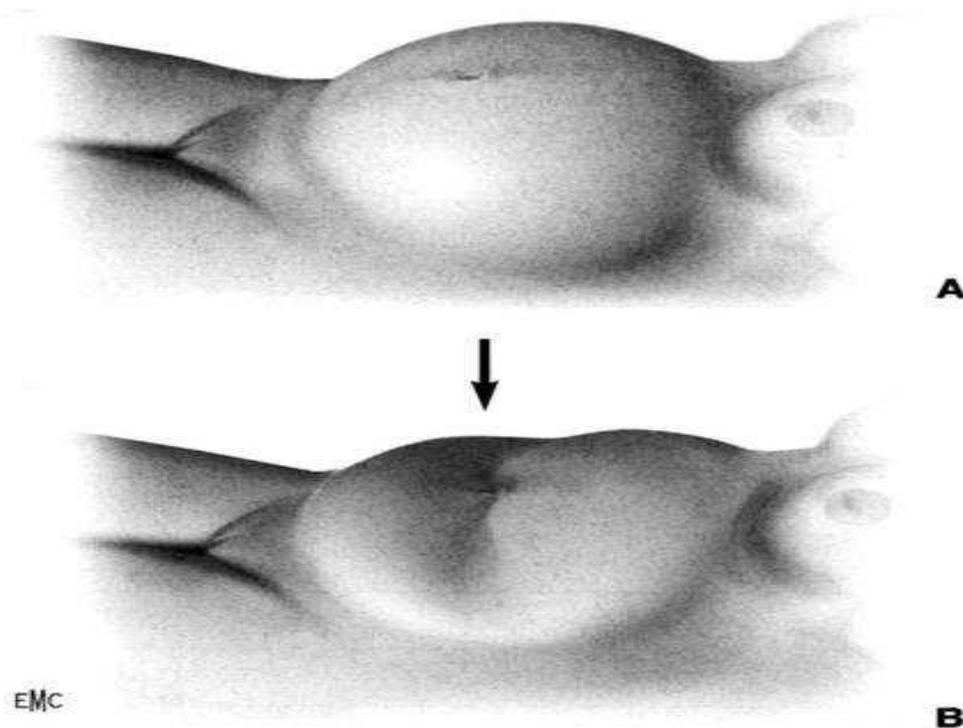


Figure 2 : Utérus en sablier [1]

2^{ième} 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.
- Métrorragies avec possibilité de métrorragie 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 polypnée

RUPTURES UTERINES : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES, THERAPEUTIQUE ET PRONOSTIC AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE BOUGOUNI 2019

- * 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.



Figure 3 : Fœtus sous la peau [6]

3.5.2 Les signes para cliniques

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

Biologiques : généralement réalisé en urgence dans nos contextes : Numération formule sanguine (NFS), Groupage Rhésus, crase sanguine si possible.

Echographie abdomino-pelvienne : montre un fœtus expulsé dans l'abdomen sans activité cardiaque.

Le bilan suivant est réalisable avant la phase d'état. Il permet de déceler les anomalies des contractions utérines et la souffrance fœtale.

Enregistrement des bruits du cœur fœtal

Il va objectiver des signes de souffrance fœtale surtout sous forme de ralentissements.

- Les ralentissements tardifs marquent l'insuffisance des échanges utéro-placentaires qui conduisent à une hypoxie généralisée avec hypercapnie.
- Les ralentissements prolongés révèlent une diminution brutale des échanges utéroplacentaires et la persistance du débit placentaire.

Enregistrement des contractions utérines : le cardiotocographe objective :

- Une élévation du tonus de base au-dessus de 15 millimètres de mercure (mmhg)
- Une hypercinésie d'intensité (70 à 80 mmHg) et de fréquence (6 à 10 par 10 minutes)

3.5.3 Les formes cliniques

3.5.3.1 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).

Avant le 6^{ème} mois, les ruptures isthmiques des avortements tardifs sont les plus fréquentes et se manifestent de façon bruyante par un hémopéritoine ou une hémorragie extériorisée.

3.5.3.2 Formes insidieuses sur utérus cicatriciel

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 utérine et elle doit permettre le diagnostic de la rupture utérine.

- 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.

3.5.3.3 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.

3.5.3.4 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.

3.5.3.5 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 préopératoire 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.

3.5.4 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 chorioamniotite 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

3.5.5 Diagnostic positif

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

Cliniquement on a :

- Le syndrome de pré rupture est caractérisé par :
 - La rétraction utérine
 - L'anneau de BANDL Fromel
 - La tension des ligaments ronds
- Le syndrome de rupture utérine est caractérisé par :
 - Une douleur pelvienne à coups de poignard
 - Un utérus ayant des bords irréguliers avec perception du fœtus sous la peau
 - Un saignement minime noirâtre avec souvent jus de réglisse (TARNIER)
 - Une absence des bruits du cœur fœtal
 - Une disparition de la présentation
- Les signes généraux sont ceux d'état de choc caractérisé par :
 - Une chute de la tension artérielle
 - Une accélération du pouls
 - Une polypnée
 - Une soif intense et une froideur des extrémités

3.5.6 Diagnostic différentiel

3.5.6.1 Dans les formes graves : Le diagnostic de la rupture utérine est facile. En présence des saignements, il faut discuter :

a) L'hématome retro placentaire : Les signes cliniques sont :

- Des saignements noirâtres minimes
- L'utérus est régulier mais présente une dureté ligneuse (hypertonie utérine), il est dur partout réalisant le classique ventre en bois et il augmente de volume
- Les bruits du cœur fœtal sont absents en général

- Les signes généraux et de choc ne sont pas en rapport avec la perte de sang
- Les circonstances d'apparition sont différentes (hypertension artérielle (HTA), survenue spontanée) L'examen des urines révèle souvent l'existence d'une albuminurie massive.

b) Le placenta prævia

Les signes cliniques sont :

- Les saignements spontanés sont faits de sang rouge et beaucoup plus important.
- L'utérus est souple et de forme normale
- Les bruits du cœur fœtal sont présents en général
- Les signes généraux sont ceux de l'anémie aiguë, du collapsus vasculaire en rapport avec l'abondance des saignements.

c) La rupture du sinus marginal par lésions de vaisseaux du placenta

Elle se manifeste par une hémorragie survenant après rupture artificielle ou spontanée de la poche des eaux.

d) La déchirure du col ou du vagin

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

3.5.6.2 Dans les 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 :**

A éliminer par un sondage vésical systématique chez toutes les parturientes

3.6 Traitement

3.6.1 Traitement curatif

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

3.6.1.1 But

- Assurer l'hémostase
 - Sauver la vie de la mère et si possible celle du fœtus

3.6.1.2 Moyens thérapeutiques

- Chirurgicaux : laparotomie
- Médicaux : mesures de réanimation et antibiothérapie

a) Traitement chirurgical

La voie d'abord des lésions est soit médiane sous-ombilicale ou transversale (incision de Pfannenstiel plus esthétique mais moins rapide).

Après extraction du fœtus et du placenta et extériorisation de l'utérus vide, l'inspection est systématique et soigneuse, vérifiant 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).

Le choix de la technique se fera entre deux procédés classiques.

Hystérorraphie

Elle a pour avantage la rapidité et le maintien de la fonction de l'organe. Elle est indiquée pour les lésions peu étendues

Hystérectomie

Elle peut être totale ou sub-totale. Elle est indiquée lorsque la rupture est importante voire délabrante avec lésions vasculaires (pédicules utérins), compliquée de lésions de voisinage ou lorsque l'utérus est nécrosé (rupture de plus de six heures) surtout chez une multipare relativement âgée.

Elle doit être inter annexielle.

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

Traitement du choc

Il est entrepris dès l'admission. Tout transport ou manipulation aggrave le choc. C'est pourquoi les ruptures utérines en milieu non chirurgical sont très graves. On lui apportera des substances énergétiques (sucres) et de l'oxygène.

Le traitement curatif du choc comprend :

Le traitement de la cause : c'est celui de la rupture elle-même. Il est primordial.

Les perfusions, si l'hémorragie n'est pas tarie, risquent de ne pas compenser les nouvelles déperditions 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 < 7gramme/décilitre).

D'autres substances peuvent être utilisées en dehors du sang, telles que les grosses molécules se maintenant en circulation : produits synthétiques (plasmion).

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

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.

3.6.1.3 Les 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 ultérieur, 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.

NB : les complications postopératoires septiques et hémorragiques sont plus fréquentes dans ce cas.

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

3.6.2 Traitement préventif

3.6.2.1 Pendant la grossesse

La consultation prénatale (CPN) est essentielle et permet de :

- Dépister les grossesses à risque

- Sélectionner les femmes à risque : BGR, bassin limite, utérus cicatriciel
 - Pour une césarienne prophylactique
 - Pour une épreuve utérine
 - Pour un accouchement par voie basse
 - Pour une référence à temps en milieu spécialisé

3.6.2.2 Pendant le travail d'accouchement

La surveillance du travail d'accouchement permet de :

- Dépister les parturientes ayant une indication de césarienne d'emblée (bassin rétrécie, asymétrique, tumeur prævia, présentation vicieuse (front ou épaule)
- Savoir conduire l'épreuve du travail
- Savoir utiliser les ocytociques (surveillance +++)
- Evaluer les risques d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel
- Poser le diagnostic de risque de rupture et d'opérer la patiente dans le meilleur délai

NB : - Ne pas laisser s'installer la rétraction utérine

- Pas de forceps au détroit supérieur
- Pas d'intervention par voie basse avant la dilatation complète -
- Pas de version risquée (utérus rétracté)

Le partogramme est le meilleur support de surveillance au cours du travail.

3.6.2.3 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 à travers :

- L'amélioration de la couverture sanitaire (infrastructures)
- La formation et la répartition équitable du personnel qualifié

RUPTURES UTERINES : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES, THERAPEUTIQUE ET PRONOSTIC AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE BOUGOUNI 2019

- L'éducation de la population en vue du changement de comportement en matière de la santé (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

•

METHODOLOGIE

4. Méthodologie :

4.1 Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans l'unité de Gynécologie-Obstétrique du CSRéf de Bougouni.

4.1.1 Aperçu générale du cercle :

Etymologiquement, Bougouni signifie : « petite hutte ». Cette appellation est héritée d'une hutte qui servait de lazaret lors d'une épidémie de variole, dont fut victime la famille de l'ancêtre des peulhs Diakité de la localité, feu Médian Diakité ; qui s'était installé auprès des premiers occupants qui étaient les Coulibaly et fait partie des (7) cercles de Sikasso.

4.1.1.1 Les données statistiques de la population :

La population totale du cercle de Bougouni s'élève à 620 190 habitants. Les femmes en âge de procréer représentent 22% soit 136 442 habitants.

Les jeunes en pleines activités reproductrices représentent 25% soit 155048 habitants.

Les enfants de 0-11 mois représentent 4% soit 24808 habitants.

4.1.1.2 Données sanitaires :

Le district sanitaire de Bougouni est composé d'un centre de santé de référence et quarante-trois (45) aires de santé fonctionnelles.

RUPTURES UTERINES : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES, THERAPEUTIQUE ET PRONOSTIC AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE BOUGOUNI 2019

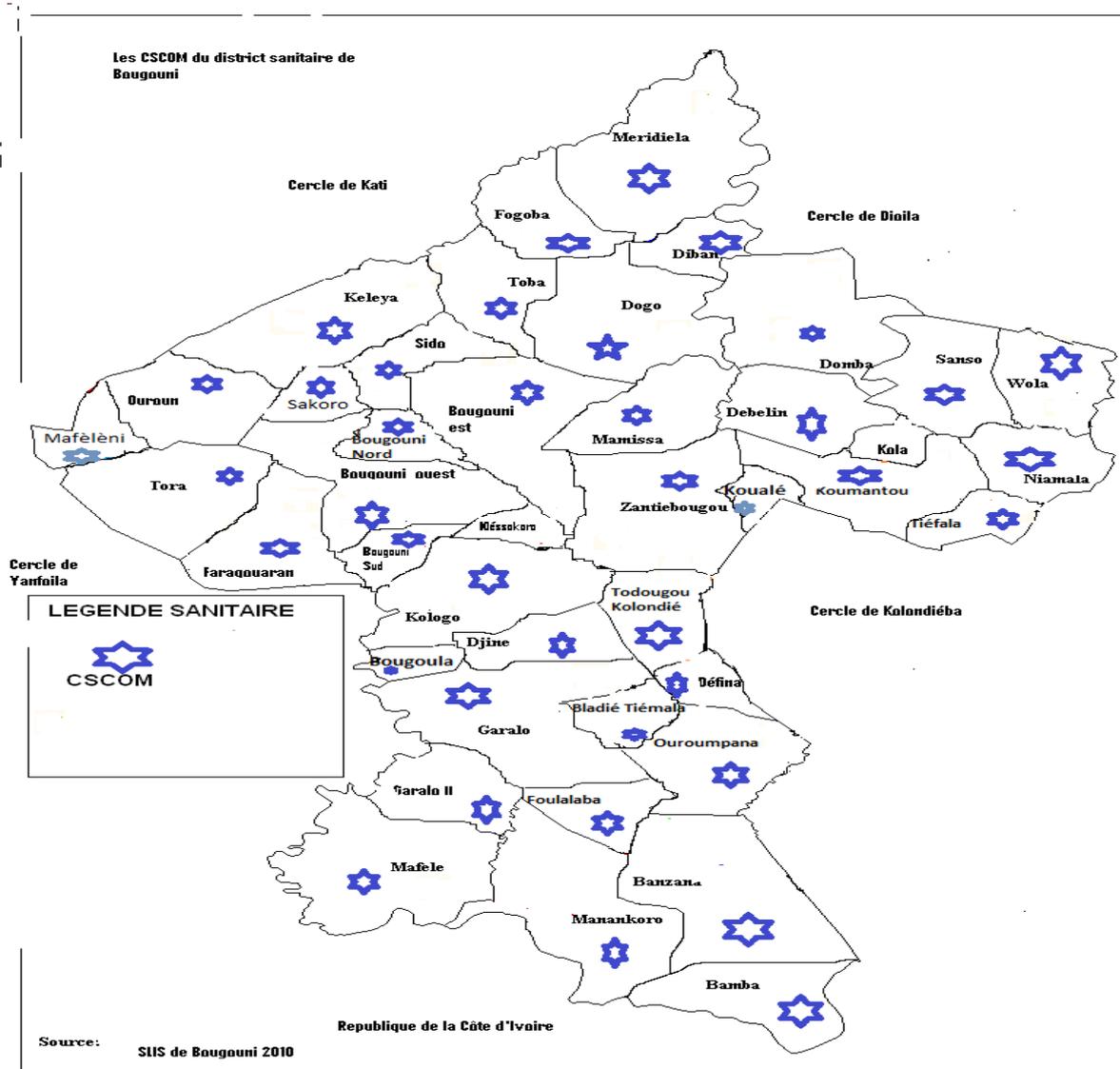


Figure 4 : Carte sanitaire de Bougouni [archive CSRéf Bougouni]

A côté de ces Cscm, il existe :

- Un centre confessionnel à Banantoumou,
- Les 2 infirmeries de la compagnie malien de développement pour les textiles (CMDT) (Bougouni et Koumantou)
- Les infirmeries du lycée et de l'institut de formation des maîtres (IFM) de Bougouni
- 04 cabinets de soins
- 11 cabinets médicaux
- 01 clinique à MORILA

•09 officines privées dont 6 à Bougouni et 1 à Koumantou, 1 à Garalo, 1 à Sido ;
des dépôts de vente de médicaments dont 02 à Sanso, 01 à Koumantou et 01 à
Garalo

➤ **Personnels de l'ensemble des CSCom.**

L'aire sanitaire de Bougouni compte 45 CSCom dont le personnel est
composé : douze Médecins, dix-sept Techniciens supérieurs de santé, douze
Sage-femme, un Technicien supérieur de laboratoire, trente et un Techniciens
supérieurs de laboratoire, vingt-deux Infirmières obstétriciennes, deux
Techniciens de laboratoire, cinquante et huit Matrones, quarante et cinq Aides-
soignants, quarante et quatre Gérants, vingt et neuf Techniciens de surface, cinq
Chauffeurs

Tableau II : Personnels de l'ensemble des Csc.com.

Personnel	Nombre
Médecin	12
Technicien supérieur de santé	17
Technicien de santé	24
Sage-Femme	15
Infirmière obstétricienne	24
Matrones	62
Aides soignant	54
Gérants	45
Total	254

Le District sanitaire de Bougouni compte 45 CSCom dont le personnel est
composé de 254 agents de santé.

4.1.2 Le CSRéf de Bougouni :

4.1.2.1 Historique :

Le Dispensaire de Bougouni fut créé en 1949 achevé et inauguré la même année par le Médecin Colonel Vernier qui fut son premier Médecin.

Il Comprend 11 Blocs :

- Un bloc Administratif
- Un bloc pour unité pédiatrie
- Un bloc pour l'unité la maternité
- Un bloc pour l'unité médecine
- Un bloc pour l'unité laboratoire
- Un bloc pour l'unité santé mentale
- Un bloc pour l'unité imagerie médicale
- Un bloc pour l'unité chaine de froid
- Un bloc pour l'unité chirurgie
- Un bloc pour les bureaux de consultations externes
- Un bloc DRC.

Il fut érigé en CSRéf en 1996.

➤ Progression du CSRéf de sa date de création à nos jours :

Il y a eu :

- La création de l'unité chirurgie ;
- La création de l'unité pédiatrie ;
- La réhabilitation de la maternité ;
- La restructuration des unités.
- La réhabilitation de l'ensemble du CSRéf en 2009 et 2017.

➤ Paquets d'activité :

- Planification des activités
- Supervision des activités du 1^{er} niveau
- Surveillance épidémiologique
- Elaboration du plan opérationnel du district sanitaire ;

- Formation du personnel du 1^{er} niveau ;
- Analyse et interprétation des données du district et du 1^{er} niveau ;
- Compilation des données ;
- Assure la disponibilité des médicaments et vaccins ;
- Mise en œuvre de la carte sanitaire ;
- Prise en charge des cas de référence et évacuation ;
- Assure l'hospitalisation et le suivi des malades hospitalisés ;
- Pratique les interventions chirurgicales ;
- Réalise les examens de laboratoire et radiographie ;
- Gestion du personnel et matériel.

4.1.2.2 Conseil d'administration :

Le District sanitaire est géré par un conseil de gestion qui se réunit tous les six mois. Il est composé de :

- Le président du conseil de cercle (président du comité)
- Le médecin chef du CSRéf
- Le maire de la commune urbaine de Bougouni
- Le préfet
- Le chef de service du développement sociale et de l'économie solidaire.
- Le président de la FELASCOM (fédération locale des associations de santé communautaire)

4.1.2.3 Configuration du CSRéf :

Situé au quartier Médine en plein centre de la ville de Bougouni à droite au bord de la route goudronnée allant de Massablacoura à la préfecture.

L'accessibilité entre le CSRéf et les CSCom est difficile à cause de l'état des routes. Il existe des CSCom à 150km du CSRéf avec 4 heures d'ambulance.

➤ Maternité :

Le Personnel est composé de trois médecins (deux Gynéco-obstétriciens et un Médecin généraliste), huit sages-femmes, trois infirmières obstétriciennes, deux matrones.

Nombre de salle d'hospitalisation : 8

Nombre de lits : 22

Activités principales : Consultation externe, CPN, consultation post natale (CPON), la Préparation à l'accouchement dans le cadre de l'Ecole des Mères, accouchement, Planning Familial (PF) et suivi des malades, interventions chirurgicales et dispensation des soins

4.1.2.4 Personnel en activité au CSRéf de Bougouni

Tableau III : Liste du personnel sanitaire en activité au CSRéf de Bougouni (2019-2020)

Corps	Spécialité	Nombre
Médecin	Chirurgien	1
Médecin	Gynéco-obstétricien	2
Médecin	Santé publique	1
Médecin	Médecin santé communautaire	1
Pharmacien	Pharmacie Laboratoire	1
Médecin	Ophtalmologue	1
Médecin	Odontostomatologue	1
Médecin	Pédiatre	1
Médecin	Généraliste	6
Assistant Médical	Santé publique	4
Assistant Médical	Santé Mentale	1
Assistant Médical	Odontostomatologie	0
Assistant Médical	Bloc opératoire	1
Assistant Médical	ORL	1
Assistant Médical	Nutrition	1
Assistant Médical	Imagerie	1

RUPTURES UTERINES : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES, THERAPEUTIQUE ET PRONOSTIC AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE BOUGOUNI 2019

Assistant Médical	Anesthésie/Réanimation	1
Assistant Médical	Ophtalmologie	2
Assistant Médical	Biologie Médical	2
Technicien Supérieur spécialisé	Kinésithérapie	0
Technicien Supérieur	Anesthésie	0
Technicien Supérieur de santé	Santé Publique	7
Technicien Supérieur de santé	Laboratoire	2
Technicien de santé	Laboratoire	4
Technicien Supérieur de santé	Hygiène assainissement	1
Technicien Supérieur de santé	Sagefemme	9
Technicien de santé	Infirmière Obstétricienne	3
Technicien de santé	Santé Publique	11
Aide-Soignant	Aide-Soignant	3
Matrone	Matrone	2
Chauffeur	Chauffeur	6
Comptable	Comptable	4
Secrétaire	Secrétaire	2
Manœuvre/gardien	Manœuvre/gardien	15
Gérant	DRC	1
Gérant	Dépôt de vente	3
Guichetier	Guichet	4
Total		105

Les moyens logistiques :

Tableau IV : Liste des matériels roulants

Matériel	Nombre	Bon	Passable	Mauvais
Ambulances	4	2	2	0
Véhicule de liaison	3	2	0	1
Moto Yamaha	13	5	4	4
Groupe électrogène	3	1	0	2
Flotte mobile	50	50	0	0
Echographie	2	2	0	0
Radiographie	2	1	1	0

NB : Le centre dispose d'une ligne téléphonique des téléphones mobiles pour communiquer avec ses aires de santé, la direction régionale de Sikasso et d'autres structures.

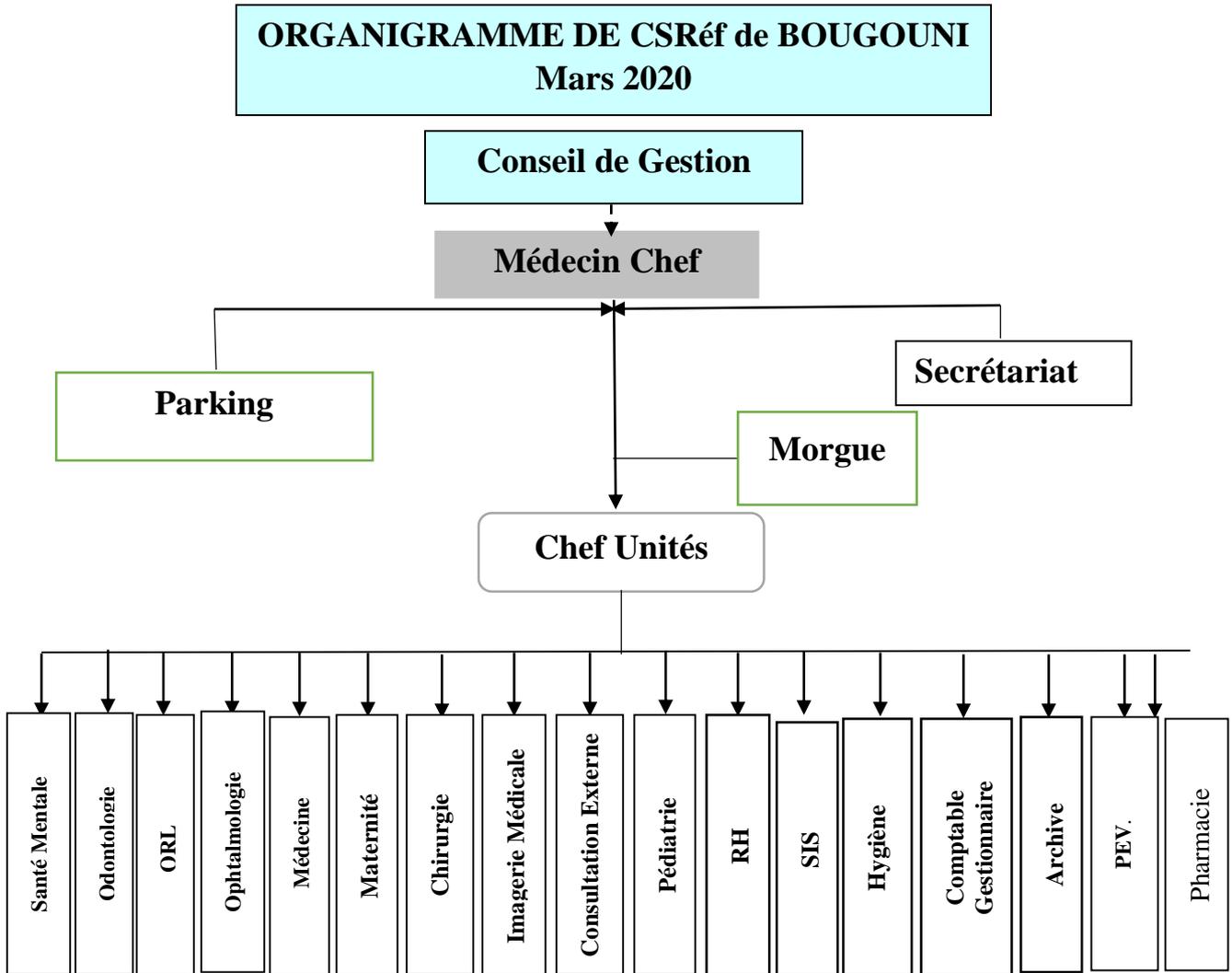


Figure 5 : Organigramme du CSRéf de Bougouni

4.2 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude cas-témoins dans l'unité de Gynécologie-Obstétrique du CSRéf de Bougouni.

4.2.1 Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 01 Janvier au 31 Décembre 2019 soit 12 mois.

4.2.2 Population d'étude

L'étude portait sur tous les cas d'accouchements enregistrés dans l'unité de Gynécologie-Obstétrique du Centre de Santé de Référence de Bougouni durant la période d'étude.

4.2.3 Echantillonnage

L'échantillonnage a été obtenu en raison d'un cas (rupture utérine) pour deux témoins (accouchement par voie basse sans rupture utérine) admise après les cas. Nous avons obtenu 129 parturientes soit 43 cas et 86 témoins.

4.2.4 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude tous les cas et témoins répondant aux critères suivants :

Pour les cas :

Patientes diagnostiquées et prises en charge dans le service pour rupture utérine pendant la période d'étude quelle qu'en soit la voie d'accouchement.

Pour les témoins :

Patientes admises et prises en charge dans le service pour accouchement par voie basse sans rupture utérine.

4.2.5 Critères de non inclusion

Pour les cas :

-Toutes celles opérées de RU dans d'autres services mais vues dans notre service pour d'autres motifs.

Pour les témoins :

- Patientes ayant accouchées par voie basse dans d'autres services au cours de la période d'étude.
- Toutes celles ayant accouchés par voie hautes

4.2.6 Collecte des données

Supports

Les données ont été collecté à partir des supports suivants :

- Fiche d'enquête individuelle
- Registre d'accouchement ;
- Dossiers individuels des patientes ;
- Registres de référence/évacuation ;
- Registre de compte rendu opératoire ;
- Le registre des anesthésistes ;
- Le registre SONU

4.2.7 Technique de collecte des données

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

4.2.8 Variables étudiées

Tableau IV : les variables étudiées

Nom	Nature	Echelle
Age	Quantitative	Année
Résidence	Qualitative	1 : Ville, 2 : hors de la ville
Statut matrimonial	Qualitative	1 : Mariée, 2 : célibataire, etc.
Niveau d'instruction	Qualitative	Scolarisée, non scolarisée etc.
Profession	Qualitative	Ménagère, fonctionnaire, etc.
Ethnie	Qualitative	Bambara, peulh etc.
Mode d'admission	Qualitative	1 : Evacuée, 2 : référée, 3 : Elle-même
Antécédents	Qualitative	Médical, chirurgical, Gynécologie et Obstétrical
Gestité	Quantitative	1 : primigeste, 2 : paucigeste etc.
Tension artérielle, Pouls	Quantitative	Mmhg, minute
Etat de conscience	Qualitative	Consciente, coma etc.
Voie d'accouchement	Qualitative	1 : voie basse, 2 : voie haute
Geste chirurgical effectué	Qualitative	1 : Hystérorraphie, 2 : hystérectomie, etc.
Transfusion sanguine	Qualitative	Oui, Non
Pronostic fœtal à la naissance	Qualitative	1 : Vivant, 2 : mort-né

4.2.9 Traitement et analyse et des données

Le traitement de texte a été fait avec le logiciel Microsoft Word version 2016.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel SPSS version 21. Le test de Chi 2 a été utilisé avec un seuil de signification $p \leq 0,05$, l'odds ratio avec son intervalle de confiance.

4.2.10 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.

4.2.11 Définitions opératoires

- **Rupture utérine** : La rupture utérine est toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus gravide.
- **Cas** : Toute patiente présentant une rupture utérine au cours de la période d'étude quel qu'un soit la voie d'accouchement.
- **Témoins** : Toute patiente n'ayant pas présenté une rupture utérine.
- **Patiente** : Gestante ou parturiente ayant participé à l'étude.
- **Pauci geste** : 2 à 4 grossesses
- **Multi geste** : 5 à 6 grossesses
- **Grande multi geste** : ≥ 7 grossesses
- **Pauci pare** : 2 à 4 accouchements
- **Multipare** : 5 à 6 accouchements
- **Grande multipare** : ≥ 7 accouchements
- **Auto référence** : Patiente venue d'elle-même ou amenée par les parents
- **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 ≤ 3 cm.
- **Phase active du travail d'accouchement** : C'est le travail d'accouchement avec dilatation cervicale ≥ 4 cm.
- **Césarienne prophylactique** : Césarienne programmée, et faite avant le début du travail d'accouchement.
- **Césarienne en urgence** : Césarienne réalisée pendant le travail d'accouchement.
- **Mortalité néonatale** : Elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 28^{ème} 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.

RESULTATS

5. RESULTATS

5.1 Prévalence de la RU :

Nous avons enregistré 1161 accouchements dont 43 ruptures utérines soit une fréquence de 3,7%, soit une rupture utérine pour 27 accouchements.

5.2 Caractéristiques socio-démographiques des patientes :

Tableau V : Répartition des patientes selon l'âge.

Tranche d'âge			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
≤ 19 ans	3 (7)	14 (16,3)	17 (13,2)	Réf 1
20 à 24 ans	5 (11,6)	22 (25,6)	27 (21,3)	1,06 [0,22 – 5,15]
25 à 29 ans	8 (18,6)	26 (30,2)	32 (26,4)	1,44 [0,33 – 6,29]
30 à 34 ans	8 (18,6)	10 (11,6)	18 (14,0)	3,73 [0,79 – 17,68]
≥ à 35 ans	19 (44,2)	14 (16,3)	33 (25,6)	6,33 [1, 52– 26,34]
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	-

Khi-deux : 7,2598 ; p=0,007

La moyenne d'âge des cas : **30,77 ± 2 ans**, des extrêmes de **18 et 40 ans**.

La moyenne d'âge des témoins : **26,01 ± 1 ans**, des extrêmes de **14 et 42 ans**.

Tableau VI : Répartition des patientes selon la résidence.

Résidence			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Bougouni ville	4 (9,3)	49 (57,0)	53 (41,1)	Réf 1
Hors Bougouni ville	39 (90,7)	37 (43,0)	76 (58,9)	12,9 [4,24 – 39,34]
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	-

Khi-carré= 26,92 ; p < 10⁻³

Tableau VII: Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial			Total (%)
	Cas (%)	Témoïn (%)	
Mariée	43 (100)	84 (97,7)	127 (98,5)
Célibataire	0 (0)	2 (2,3)	2 (1,5)
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)

Khi-carré = 1,015 ; p = 0,316

Tableau VIII: Répartition des patientes selon leur niveau d'instruction.

Niveau d'instruction			Total (%)
	Cas (%)	Témoïn (%)	
Primaire	0 (0)	2 (2,3)	2 (1,6)
Secondaire	2 (4,6)	7 (8,1)	9 (6,9)
Supérieur	0 (0)	3 (3,5)	3 (2,4)
Non scolarisée	41 (95,4)	74 (86)	115 (89,1)
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)

Khi-carré=0,6646 ; p=0,414

Tableau IX: Répartition des patientes selon la profession.

Profession			Total (%)
	Cas (%)	Témoin (%)	
Femme au foyer	42 (97,7)	71 (82,3)	113 (87,6)
Commerçante	0 (0)	3 (3,5)	3 (2,4)
Elève/étudiante	1 (1,3)	7 (8,1)	8 (6,2)
Fonctionnaire	0 (0)	5 (5,8)	5 (4,0)
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)

Khi-carré=1,9847 p=0,1589

Tableau X: Répartition des patientes selon le mode d'admission.

Mode d'admission			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Evacuée	31 (72,1)	16 (18,6)	47 (36,4)	25,67 [7,87 – 83,71]
Référée	8 (18,6)	17 (19,8)	25 (19,4)	6,24 [1,68 – 23,31]
Venue d'elle-même	4 (9,3)	53 (61,6)	57 (44,2)	Réf 1
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	-

Khi-carré= 43,471 ; p = 0,000.

5.3 Les facteurs de risque de la rupture uterine.

Tableau XI : Facteurs de risque sociodémographiques, cliniques et pronostic de la rupture uterine retrouvés à l'analyse univariée.

Facteur de risque	OR [IC]	Khi-carré	Probabilité
Age \geq 35 ans	6,33 [1, 52– 26,34]	7,2598	p < 0,007
Hors Bougouni ville	12,9 [4,24 – 39,34]	26,92	p < 10 ⁻³
Evacuées/référées	25,67 [7,87 – 83,71]	43,471	p < 10 ⁻³
ATCD césarienne	2,99 [1,03 – 8,68]	4,32	p = 0,038
Multipare et grande multipare	9,63 [2,19 – 42,37] 10,0 [2,21 – 45,16]	10,4 10,4	P=0,001 P=0,001
IIG \leq 2 ans	4,16 [1,60 – 10,80]	9,1735	p = 0,002
Absence CPN	3,32 [1,54 – 7,11]	9,8612	p = 0,002
Etat général mauvais	13,36[3,58-49,83]	21,17	p < 10 ⁻³
HU \geq 36 cm	2,67 [1,10 – 6,52]	4,862	p = 0,027
Lieu de déroulement du travail CScom	7,50 [1,02 – 55,0]	4,4070	p < 0,039
Pouls élevé	9,90 [3,01 – 32,50]	23,597	p < 10 ⁻³
BCF absents	22,1 [8,46 – 57,7]	50,89	p < 10 ⁻³
Liquide amniotique teinté	24,33 [5,96 – 99,2]	84,688	p < 10 ⁻³
Mort-né	14,19 [5,71 – 35,24]	38,956	p < 10 ⁻³
NNE Réanimé	27,00 [6,38 – 114,2]	7,942	P=0,007
Transfusion sanguine	12,15 [3,74 – 39,49]	23,193	p < 10 ⁻³

Tableau XII : Répartition des patientes selon l'antécédent chirurgical.

Antécédent chirurgical			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Césarienne	9 (20,9)	7 (8,1)	16 (12,4)	2,95 [1,02 – 8,57]
Appendicectomie	0 (0)	1 (1,2)	1 (0,8)	-
Aucun antécédent	34 (79,1)	78 (90,7)	112 (86,8)	Réf 1
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	-

Khi carré = 4,20 ; p = 0,042

Tableau XIII: Répartition des patientes selon la parité.

Parité			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Nullipare	3 (7,0)	20 (23,3)	23 (17,8)	Réf 1
Primipare	3 (7,0)	16 (18,6)	19 (14,7)	1,25 [0,22 – 7,05]
Paucipare	12 (27,9)	33 (38,4)	45 (34,9)	2,42 [0,61 – 9,65]
Multipare	13 (30,2)	9 (10,5)	22 (17,1)	9,63 [2,19 – 42,37]
Grande multipare	12 (27,9)	8 (9,3)	20 (15,5)	10,0 [2,21 – 45,16]
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	-

Khi carré = 10,0 ; p = 0,0012

Moyenne de parité des cas : **5,95**, des extrêmes de **1 et 12**.

Moyenne de parité des témoins : **3,73**, des extrêmes de **1 et 11**.

Tableau XIV: Répartition des patientes selon l'antécédent de césarienne.

Antécédent de césarienne			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Oui	9 (20,9)	7 (8,1)	16 (12,4)	2,99 [1,03 – 8,68]
Non	34 (79,1)	79 (91,9)	113 (87,6)	Réf 1
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	

Khi carré = 4,32 ; p = 0,038

Tableau XV: Répartition des patientes selon l'intervalle inter génésique.

Intervalle inter génésique			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
≤ 2 ans	32 (82,1)	33 (52,3)	65 (63,7)	4,16 [1,60 – 10,80]
> 2ans	7 (17,9)	30 (47,7)	37 (36,3)	Réf 1
Total	39 (38,2)	63 (61,8)	102 (100,0)	

Khi-deux = 9,1735 ; p = 0,002

NB : 4 patientes de nos cas soit 9,3% et 23 patientes soit 26,7% parmi nos témoins étaient des primigestes.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le suivi de la grossesse.

Suivi de la grossesse			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Oui	16 (37,2)	57 (66,3)	73 (56,6)	Réf 1
Non	27 (62,8)	29 (33,7)	56 (43,4)	3,32 [1,54 – 7,11]
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	

Khi carré=9,8612 ; p = 0,0016

Tableau XVII : Répartition des patientes selon les nombres de CPN.

Nombre de CPN			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
< 4	6 (37,5)	36 (63,2)	42 (57,5)	0,35 [0,11 -1,10]
≥ 4	10 (62,5)	21 (36,8)	31 (42,5)	Réf 1
Total	16 (21,9)	57 (78,1)	73 (100,0)	-

Khi carré = 3,366 ; p = 0,067

5.4 Prise en charge de la rupture uterine

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon l'état général.

Etat général			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Bon	29 (67,4)	83 (96,5)	112 (86,82)	Réf 1
Mauvais	14 (32,6)	3(3,5)	17 (13,2)	13,36[3,58-49,83]
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	-

Khi carré = 21,17 ; p < 10⁻³

Tableau XIX: Répartition des patientes selon l'état de la pression artérielle.

Pression artérielle			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Normo tension	36 (83,7)	36 (83,7)	72 (83,7)	1,00 [0,32 – 3,14]
Hypotension	7 (16,3)	7 (16,3)	14 (16,3)	1,00 [0,32 – 3,14]
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	86 (100,0)	-

Khi carré = 0,000 ; p = 1,000

Pression artérielle systolique (PAS) moyenne des cas était de 93,5 mmhg et la pression artérielle diastolique (PAD) moyenne était de 61,9 mmhg Alors que PAS moyenne des témoins était 114,5 mmhg de et la PAD moyenne était de 72,1 mmhg.

Tableau XX : Répartition des patientes selon la température corporelle.

Température corporelle en C°			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
< 38	38 (88,4)	80 (93,0)	118 (91,5)	Réf 1
≥ 38	5 (11,6)	6 (7,0)	11 (8,5)	1,75 [0,50 – 6,11]
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	-

Khi-deux= 0,795 ; p = 0,373

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le pouls artériel.

Pouls artériel			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Normal	27 (62,8)	82 (95,3)	109 (84,5)	Réf 1
Elevé	16 (37,2)	4 (4,7)	20 (14,0)	9,90 [3,01 – 32,50]
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	-

Khi-deux = 23,597 ; p < 10⁻³

Tableau XXII: Répartition des patientes selon la hauteur utérine.

Hauteur utérine en cm			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
< 36	30 (69,8)	74 (86)	104 (80,6)	Réf 1
≥ 36	13 (30,2)	12 (14)	25 (19,4)	2,67 [1,10 – 6,52]
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	-

Khi-deux = 4,862 ; p = 0,027

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon l'état du bassin.

Bassin maternel			Total (%)
	Cas (%)	Témoin (%)	
Normal	40 (93)	86 (100)	126 (97,7)
Limite	1 (2,3)	0 (0)	1 (0,8)
Rétréci	2 (4,7)	0 (0)	2 (1,5)
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)

Khi-deux = 4,16 ; p = 0,04

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon l'état de la poche des eaux à l'admission.

Poche des eaux			Total (%)
	Cas (%)	Témoin (%)	
Intacte	0 (0)	75 (87,2)	75 (58,1)
Rompue	43 (100)	11 (12,8)	54 (41,9)
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)

Khi-deux = 89,583 ; $p < 10^{-3}$

Tableau XXV : Répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique.

Liquide amniotique	Total (%)			OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Clair	3 (2,3)	73 (56,6)	76 (58,9)	Réf 1
Teinté	40 (31)	13 (10,1)	53 (41,1)	24,33 [5,96 – 99,2]
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	

Khi-deux = 84,688 ; $p < 10^{-3}$

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le type de présentation fœtale.

Type de présentation fœtale			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Céphalique	32 (74,4)	83 (96,5)	115 (89,2)	Réf 1
Siège	1 (2,3)	3 (3,5)	4 (3,1)	0,86 [0,086 – 8,62]
Epaule	10 (23,)	0 (0)	10 (7,7)	-
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	-

Khi= 21,4803 ; $p < 10^{-3}$

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon l'état des BCF.

BCF			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Oui	12 (27,9)	77 (89,5)	89 (69,0)	Réf 1
Non	31 (72,1)	9 (10,5)	40 (31,0)	22,1 [8,46 – 57,7]
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	-

Khi-deux = 50,89 ; $p < 10^{-3}$

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon le mode de début du travail.

Mode de début du travail			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Travail spontané	39 (90,7)	82 (96,5)	121 (93,8)	0,48 [0,11 – 2,00]
Déclenchement	4 (9,3)	4 (3,5)	8 (6,2)	2,10 [0,50 – 8,85]
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	-

Khi-deux = 1,066 ; p = 0,302

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon la réalisation d'une manœuvre obstétricale.

Manœuvre obstétricale			Total (%)
	Cas (%)	Témoin (%)	
Oui	1	0 (0)	1 (0,8)
Non	42	86 (100)	128 (99,2)
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)

Khi=2,213 ; p = 1,00

Tableau XXX : Répartition des patientes selon le lieu de déroulement du travail.

Lieu de déroulement du travail			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Domicile	36 (83,7)	70 (81,3)	106 (82,2)	1,18 [0,44 – 3,11]
CS Com	5 (11,6)	4 (4,7)	9 (7,0)	7,50 [1,02 – 55,0]
CS Réf	2 (4,7)	12 (14)	14 (10,8)	Réf 1
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	-

Khi-deux = 4,4070 ; $p < 0,039$

Tableau XXXI: Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement			Total (%)
	Cas (%)	Témoin (%)	
Voie basse	1 (2,3)	86 (100)	87 (67,4)
Voie haute	42 (97,7)	0 (0)	42 (32,6)
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)

Khi-deux = 124,55 ; $p < 10^{-3}$

Figure 6 : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie pour les cas de ruptures utérines.

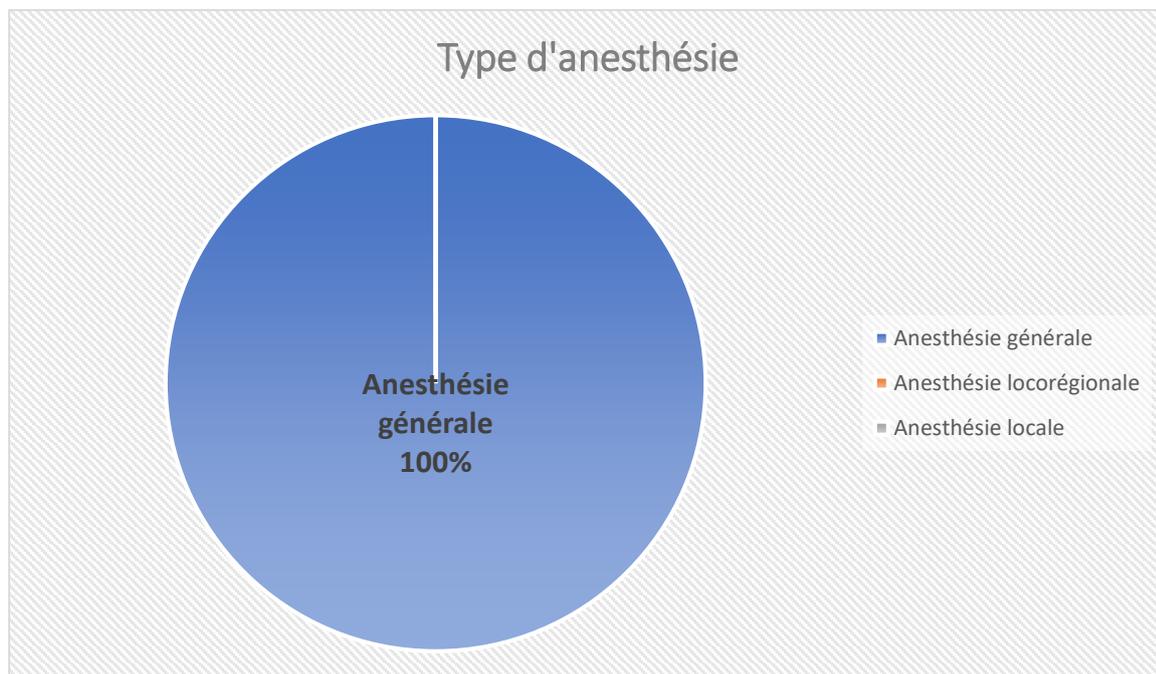


Figure 7 : Répartition des patientes selon les complications anesthésiques.



Aucune patiente n'a présenté une complication liée à l'anesthésie générale.

5.5 Pronostic materno-fœtal

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon les lésions associées.

Lésions associées			Total (%)
	Cas (%)	Témoin (%)	
Absence de lésions	42 (97,7)	83 (96,5)	125 (96,9)
Vésicale	1 (2,7)	0 (0)	1 (0,8)
Cervicale	0 (0)	3 (3,5)	3 (2,3)
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)

Khi-deux = 3,504 ; p = 0,100

Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon le mode de traitement.

Mode de traitement			Total (%)
	Cas (%)	Témoin (%)	
Hystérogaphie sans ligature tubaire	40 (87)	0 (0)	40 (87)
Hystérogaphie avec ligature tubaire	1 (2,2)	0 (0)	1 (2,2)
Hystérectomie totale	1 (2,2)	0 (0)	1 (2,2)
Hystérectomie totale + cystoraphie	1 (2,1)	0 (0)	1 (2,1)
Trachéolorrhaphie	0 (0)	3 (6,5)	3 (6,5)
Total	43 (93,5)	3 (6,5)	46 (100,0)

Khi-deux = 129 ; p < 10⁻³

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon la transfusion sanguine.

Transfusion sanguine			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Oui	16 (37,2)	4 (4,7)	20 (15,5)	12,15 [3,74 – 39,49]
Non	27 (62,8)	82 (95,3)	109 (84,5)	Réf 1
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	-

Khi-deux = 23,193 ; $p < 10^{-3}$

Tableau XXXV: Répartition des patientes selon l'évolution post opératoire pour la mère.

Evolution post opératoire			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Simple	21 (48,8)	78 (90,7)	99 (76,7)	Réf 1
Complicquée	22 (51,2)	8 (9,3)	30 (23,3)	10,2 [3,98 – 26,20]
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	-

Khi-deux = 51,174 ; $p < 10^{-3}$

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon les complications maternelles.

Complications maternelles			Total (%)
	Cas (%)	Témoin (%)	
Infection pariétale	2 (6,9)	0 (0)	2 (6,9)
Endométrite	4 (13,2)	0 (0)	4 (13,2)
Anémie	16 (55,2)	4 (13,8)	20 (69)
Déchirure cervicale	0 (0)	3 (10)	3 (10)
Total	22 (77,9)	7 (23,3)	29 (100,0)

Khi-deux = 51.174 ; $p < 10^{-3}$

Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon le pronostic maternel.

Pronostic maternel			Total (%)
	Cas (%)	Témoin (%)	
Vivante	42 (97,7)	86 (100)	128 (99,2)
Décès	1 (2,3)	0 (0)	1 (0,8)
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)

Khi-carré = 2,016 ; $p = 0,156$

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon le pronostic fœtal.

Pronostic fœtal			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Vivant	15 (34,9)	76 (88,4)	91 (70,5)	Réf 1
Mort-né	28 (65,1)	10 (11,6)	38 (29,5)	14,19 [5,71 – 35,24]
Total	43 (33,3)	86 (66,7)	129 (100,0)	-

Khi-carré = 38,956 ; $p < 10^{-3}$

Tableau XXXIX: Répartition des nouveau-nés selon la réanimation.

Réanimation du nouveau-né			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Réanimé	9 (60)	4 (5,8)	13 (14,3)	27,00 [6,38 – 114,2]
Non réanimé	6 (40)	72 (40)	78 (85,7)	Réf 1
Total	15 (16,5)	76 (83,5)	91 (100,0)	-

Khi-carré=7,942,

P=0.007

Tableau XL : Répartition des mort-nés selon leur type.

Type de mort-né			Total (%)	OR [IC]
	Cas (%)	Témoin (%)		
Frais	26 (93)	7 (70)	33 (86,8)	5,57 [0,77 – 40,1]
Macéré	2 (7)	3 (30)	5 (13,2)	Réf 1
Total	28 (73,7)	10 (26,3)	28 (100,0)	-

Khi-carré = 3,3690 ; p = 0,0664

**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION**

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

6.1 Aspects méthodologiques : Nous avons réalisé une étude cas-témoins, descriptive et analytique avec collecte rétrospective des données. Notre étude nous a permis de colliger 129 dossiers de parturientes qui répondaient à nos critères d'inclusion.

Nous avons effectué l'échantillonnage d'un cas pour deux témoins sans appariement afin de comparer l'issue des ruptures utérines aux accouchements par voie basse sans rupture utérine ainsi que le pronostic fœtal.

Cependant nous avons été confrontés à quelques difficultés :

- Problème d'archivage
- Manque de sang au laboratoire en urgence
- L'absence de carnet de CPN à l'admission,

6.2 Prévalence : La prévalence de la rupture est élevée dans notre contexte. Elle est variable selon le développement socio-économique des pays. Notre fréquence est semblable à celle de Gan bai liu [15] au Niger, de Fané K. [12] au Mali et supérieure à tous les autres auteurs cités dans le tableau XLV.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que : notre service est resté la seule structure de 1^{ère} référence pour toute le cercle, l'absence de CPN cf. tableau N°XVII ; OR[IC]= 3,32[1,54-7,11], la résidence en milieu rural cf. tableau N°VI ; OR[IC]=12,9 [4,24 – 39,34], les intervalles intergénérisique courts cf. tableau N°XVII ; OR[IC]= 4,16 [1,60 – 10,80].

La réduction de la rupture utérine passe par le suivi correct de la grossesse, la création des structures SONUC qui sont proches des villages et dont l'accès est facile pour les zones périphériques.

Les fréquences colliger dans la littérature sont représentées par le tableau XLV.

Tableau XLI: Fréquence de la rupture utérine dans la littérature consultée.

Auteurs	Pays ou ville	Année de publication	(%)
Ayres [18]	USA	2001	0,03
Neuhaus [19]	Allemagne	2001	0,02
Diab [20]	Yémen	2005	1,1
Ahmadi [21]	Tunisie	2003	0,04
Gan bai liu [15]	Niger	1999	4,02
Okafor [22]	Nigéria	2006	0,85
Khouchani [23]	Marrakech	2002	0,18
Fane k [9]	Mali	2013	3,1
Gueye SM. col. [24]	Sénégal	2016	0,58
Rachef K. [6]	Bejaia	2016	0,128
Notre étude	Bougouni	2019	3,7

6.3 Caractéristiques sociodémographiques des patientes : Le profil moyen était celui d'une femme jeune âgé de (30,77 ± 2 ans) ou plus, résidente en hors de la ville de Bougouni (90,7%), multipare (30,2%), n'ayant réalisée aucune consultation prénatale (62,8%), référée/évacuée en urgence (91,7%), avec un intervalle intergénésiq ue inférieur ou égal 24 mois (82,1%). Une hystérorraphie conservatrice était réalisée dans (87%), une hystérectomie dans (4,3%). Le pronostic maternel était marqué par une mortalité dans (2,3%) et une morbidité à (51,2%) élevée, la mortalité périnatale était de (65,1%). Les mêmes caractéristiques ont été retrouvéé par Fane K. [12] et Kouakou P. [31].

Ce pendant dans notre étude la rupture utérine n'est pas influencée par la profession cf. tableau N°IX, p=0,1589 ; le niveau d'instruction cf. tableau N°VIII, p=0,414 et le statut matrimonial cf. tableau N°VII ; p=0,316.

Le risque de rupture utérine augmente avec l'âge mais la différence est significative à partir de (35 ans). OR-[IC] = 6,33[1,52-26,34].

L'âge est un facteur essentiel qui impact dans la survenue de la RU avec un risque maximum à partir de (35 ans). La majorité de nos cas de RU ont été chez les patientes ayant un âge de (35 ans) et plus.

Ce pendant certains auteurs ont retrouvé un âge inférieur à (35 ans). Ce fait pourrait s'expliquer par la grande multiparité avec des utérus qui sont fragiles. En fait cet âge est considéré comme obstétriquement défavorable. Les fréquences de la RU selon l'âge sont résumées dans le tableau XLVII.

Tableau XLII: Fréquence de la rupture utérine selon l'âge dans la littérature consultée.

Auteurs	Tranches d'âge (ans)
Fane k. (Mali) [9]	26 – 35
Camara S. (Mali) [25]	26 – 35
Gueye (Sénégal) [23]	25 – 35
Rachef K. (Algérie) [6]	26 – 35
Nantes (France) [26]	25 – 35
Kouakou P, et al. (Côte d'ivoire) [27]	25 – 35
Notre série	≥ à 35 ans

Lorsque le village est situé à distance éloigné du CSRéf cela constitue un facteur de risque de la RU, cela pourrai s'expliquer par le fait qu'aucours du trajet la rupture utérine peut survenir, et l'état mauvais des routes augmente le temps d'évacuation. Ce constat a été fait par certains auteurs[12, 31, 28, 33].

L'absence de CPN est un facteur de risque dans notre étude. Ce risque a été confirmé par les auteurs [33, 2, 29]. Le nombre de consultations prénatales nous semble être une condition nécessaire mais non suffisante dans la prévention des ruptures utérines. Pour Bohoussou [36] en plus du critère nombre, on doit allier le critère qualité ; pour une meilleure efficacité de la surveillance prénatale dans la prévention des ruptures utérines.

Les facteurs prédisposant à la rupture utérine sont entre autres l'existence d'une cicatrice utérine présente dans 20,9% des cas dans notre série. Camara S. [25] décrit un taux de rupture sur cicatrice utérine de 30,3% dans sa série. Ces patientes devraient être référées précocement au niveau d'une structure obstétrico-chirurgicale surtout en cas de coexistence d'autres facteurs de risque comme la multiparité et une hauteur utérine excessive. Dans les pays développés, même si la prise en charge est optimale, la cicatrice de césarienne constitue la première cause de rupture utérine; 85% des ruptures lui sont imputables [30, 31].

- L'intervalle inter gésésique était inférieur ou égal à 2 ans dans 82,1%.

Cet écart inter gésésique réduit semble être un élément important contribuant à une mauvaise récupération histologique du muscle utérin, le fragilisant au fur et à mesure favorisant ainsi la rupture utérine [32, 35].

6.4 Données cliniques :

A l'admission (14%) patientes parmi les cas avaient un état général altéré.

Notre résultat est proche de certains auteurs [6, 24, 28, 33].

Plus de la moitié de nos patientes soit (88,4%) avaient une bonne coloration cutanéomuqueuse, par contre (11,6%) des patientes présentaient une pâleur cutanéomuqueuse. Nos données corroborent avec certains auteurs de la littérature [8, 34] avaient eu des résultats similaires qui sont respectivement de (86,5%) et (71,4%) patientes avaient une bonne coloration cutanéomuqueuse contre (13,5%) et (28,6%) des patientes qui avaient une pâleur cutanéomuqueuse.

La pression artérielle était normale dans (83,7%) contre (16,3%) qui avaient une hypotension à l'admission, des résultats similaires avaient été retrouvés chez Racheff K. [6] qui étaient de (83,4%) des patientes avaient une pression artérielle normale et 5,4% des patientes avaient hypotension à leur admission.

Le bassin était normal chez (93%) des cas, ce résultat est inférieur à celui de Racheff K. [6] qui est de 100%. Cependant ce résultat est supérieur auteurs [12, 24]. Ce fait pourrait s'expliquer par un faible taux de CPN qui permet de détecter précocement les bassins chirurgicaux.

Une hauteur utérine inférieure à 36 cm était retrouvée chez 30 parturientes soit (69,8%) et (30,2%) soit (13) parturientes avaient une hauteur utérine supérieure ou égale à 36 cm. Une hauteur utérine excessive devrait accentuer la vigilance et amener à prendre une décision efficace afin d'éviter le drame.

A l'examen obstétrical de nos patientes présentant une rupture utérine, une seule patiente avait une présentation de siège et (23,3%) des parturientes avaient une présentation transversale ces résultats sont inférieurs à ceux de [6, 25] qui étaient respectivement : un cas de présentation de siège et aucune présentation transversale, 3,6 % de présentation siège et 10,7% de présentation transversale.

Cette différence pourrait s'expliquer par un faible taux de CPN parmi nos cas (29,5%) qui permet de détecter les grossesses à risque, parmi eux les présentations transversales.

Presque la totalité de nos patientes soit (93%) avait un liquide amniotique teinté qui correspond à une souffrance fœtale liée à la rupture utérine, et (7%) n'ont pas présenter de souffrance fœtale où le liquide amniotique était clair.

Les BCF étaient absents dans (72,1%) des cas liés à la RU. Nos résultats sont inférieurs de ceux de certains auteurs : Kane F. [9] et Diakité I. [33] qui avaient eu respectivement (81,8%) et (95,20%) de BCF absents.

Le travail de la majorité de nos patientes était un travail spontané, soient (90,7%), par contre on avait déclenché quatre accouchements soit (9,3%) (un cas déclenché par du misoprostol 50µg dans le douglas et les autres cas par utilisation des ocytociques traditionnels) et on a encore (2,3%) des

accouchements où la ventouse avait été pratiquée au moment du travail sur un utérus cicatriciel.

Tableau XLIII: Les causes des ruptures utérines

L'étiologie	Effectif	%
Utérus cicatriciel	8	19
Utérus cicatriciel + ventouse	1	23
Disproportion fœtopelvienne	13	30
Ocytocine	5	12
Présentation dystociques	8	19
Cause indéterminée	8	19
Total	43	100

Une patiente parmi nos cas soit (2,3%) a accouché par la voie basse (2,3%) et la laparotomie (97,7%).

Il n'y avait aucune lésion associée dans (97,7%) des RU, un cas où la RU était associée à une brèche vésicale soit (2,3%).

Diakité Y. [35] avait trouvé respectivement (71,1%) de ruptures complètes et (38,9%) ruptures incomplètes. Dans son étude le siège de la rupture était segmentaire dans (58%), Segmento-corporéale dans (33%) et typiquement corporéale dans (9%) des cas.

Dans la littérature contemporaine : Bohoussou K. [36], Diouf A. [37] et Zhiri M. A. [38] comme dans notre étude, les ruptures complètes siégeant au niveau du segment inférieur sont les plus fréquentes.

L'étude a trouvé comme lésions associées à la rupture utérine (2,3%) de lésion vésicale.

6.5 Prise en charge :

La prise en charge de la rupture utérine est difficile dans notre contexte à cause de : l'état général mauvais des patientes (33%), une pâleur des muqueuses (11,6%), les formes compliquées (51,2%).

Il s'agissait de complications à type d'anémie aigue avec choc hémorragique pouvant nous conduire souvent à l'hystérectomie.

Dans (93%) des cas le choix du traitement est l'hystérorraphie sans ligature tubaire, on mentionne qu'un seul cas d'hystérorraphie avec ligature tubaire soit (2,3%), dans (4,7%) l'hystérectomie totale a été réalisée.

La transfusion a été effectuée chez (37,2%) dans le cadre d'urgence à l'admission ou au bloc opératoire, ou en postpartum.

6.6 Pronostic

Le pronostic maternel de la rupture utérine dans notre étude est mauvais et a été marquée par une morbidité à (51,2%) et une mortalité à (2,3%).

L'anémie constituait la principale complication dans 16 cas (55,2%) avec recours à une transfusion sanguine dans (37,2%).

Dans la littérature, le pronostic fœtal est sombre en cas de rupture utérine, surtout sur utérus sain.

La mortalité fœtale de nos cas était élevée (65,1%). Ce fait s'explique par la souffrance fœtale aigue qui est liée à l'altération de la circulation utéro-placentaires.

On avait retrouvé parmi les 15 nouveau-nés vivants, 9 nouveau-nés avaient besoin d'une réanimation soit (60%).

Tableau XLIV : Décès périnataux précoce selon les séries

Auteurs	Taux de décès périnataux (‰)
Bujold [39]	391
Kafkas [40]	829
Kwee [41]	540,8
Okafor [22]	963
Qi li ya [42]	952
Notre étude	651

**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS**

7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7.1 CONCLUSION :

La rupture utérine constitue une complication obstétricale grave, évitable, et fréquent dans notre contexte. Dans notre étude les facteurs de risques ont été : la résidence en milieu rurale, les utérus cicatriciels, l'absence de CPN, l'intervalle intergénésiq ue inférieur ou égal à 24 mois.

La rupture utérine engage le pronostic maternel et foetal et compromet l'avenir obstétrical des parturientes. Une diminution de la fréquence des ruptures utérines réside dans le dépistage et la prise en charge des dystocies, la surveillance correcte du travail.

7.2 RECOMMANDATIONS

Aux autorités politiques et administratives (Ministère de la Santé et affaire sociale)

- Doter le CSRéf de Bougouni d'un service de réanimation.
- Doter le CSRéf d'une banque de sang.
- Equiper le service de Gynécologie-Obstétrique du centre de santé de référence de Bougouni en matériel adéquat (circuit d'oxygène et cardiotocographe, salle d'échographie, bloc opératoire) ;

Aux prestataires :

- Intensifier la communication pour le changement de comportement (CCC) à l'endroit des communautés sur les risques liés à l'accouchement à domicile, le travail prolongé, les pratiques traditionnelles néfastes et la non reconnaissance des signes de complications de la grossesse ;
- Faire des consultations prénatales de qualité (CPN recentrée) ;
- Référer ou évacuer à temps les gestantes et ou les parturientes

A nos populations :

- Effectuer les consultations prénatales dès le début de la grossesse
- Accoucher dans les structures de santé
- Contribuer à la dotation de la banque de sang par des volontaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFEENCES

- 1. Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'Obstétrique, 6ème édition. Paris: Masson, 1995, 597p.
- 2. Alihonou E, Ahyi B.** Les ruptures utérines, facteurs favorisants et mesures prophylactiques. Dakar Med, 1983 Mars 3, 28, 553-559.
- 3. Body G, Boog G, Collet M, et al.** Les urgences en Gynécologie Obstétrique. Les 6 CHU de la Région Ouest : Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes, Tours, 2005, 151.
- 4. Millerda G, Goodwin TM, Gherman RB, et al.** Intra partum rupture of the unscarred uterus. Obstet Gynecol, 1997 May, 89, 5pt1, 671-3.
- 5. Xiaoxia B, et al.** Clinical study on 67 cases with uterine rupture. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi, 2014 May, 49, 5, 331-5.
- 6. Rachef K, Berrah H.** Rupture utérine. Thèse de Médecine. Bejaia : faculté de médecine de Bejaia, 2016, N°6, 131.
- 7. Direction Nationale de la Santé (DNS).** Protocole des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence. Mali, Novembre 2006, 59p.
- 8. Diakite M.** Les ruptures utérines : à propos de 41 cas observés à Bamako. Thèse de Médecine. Bamako : faculté de médecine d'odontostomatologie, 1995, N°10, 198.
- 9. Traoré M, Diabaté F, 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. 1991; N°14.

- 10. Diakité Y.** La rupture uterine au centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako. Thèse de Médecine. Bamako : faculté de médecine d'odontostomatologie, 2011, N 267, 116.
- 11. Traoré Y, Mounkoro N, Traoré DF, Teguede I, Thera A, Dolo A, al. :** rupture utérine en milieu rural Malien. Annales SOGGO, 2009, 4, 12, 11-14.
- 12. Fan  K.** Rupture utérine au Centre de Santé référence de Bougouni : Aspect cliniques, thérapeutiques et pronostic. Thèse de Médecine. Bamako : faculté de médecine et d'odontostomatologie, 2014, N 14M271, 125.
- 13. Lansac J, Berger C, Magni G : Obstétrique :** Collection pour le praticien, 4 me  dition. Paris : Masson, 2003, 469p.
- 14. Diaz SD, Jones JE, Seryakov M, et al.** Uterine rupture and dehiscence : ten-year review and case-control study. Southern Medical Journal, 2002 vol. 95, 4, 431-5.
- 15. Kieser KE, Baskett TF.** A 10-year population-based study of uterine rupture. Obstetrics Gynecology, 2002, 100, 4, 749-753.
- 16. Guise J, McDonagh M, Osterweil P, Nygren P, Chan BK, Helfand M.** Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section; BMJ, 2004 Jul 3, 329, 7456, 19-25.
- 17. Landon B, Hauth J, Leveno K, Spong C, Leindecker S, Varner W, al.** Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. The New England Journal of Med, 2004, 351, 25, 2581-9.
- 18. Ayres W, Johnson T, Hayashi R.** Characteristics of fetal heart rate tracings prior to uterine rupture. Inter J Gynecol Obstet, 2001, 74, 3, 235-40.
- 19. Neuhaus W, Bauerschmitz G.** The risk of rupture of the uterus: An analysis of 1086 births previous Caesarean section. J Obstet Gynecol, 2001, 21, 3, 232-235.

- 20. Diab A.** Uterine rupture in Yemen. Saudi Med J, 2005 Feb, 26, 2, 264-9.
- 21. Ahmadi S, Nouira M, Bibi M.** Rupture utérine sur utérus sain gravide : À propose de 28 cas. Gynecol Obstet, 2003 Sept, 9, 31, 713-717.
- 22. Okafor UV, Aniebue U.** Anesthesia for uterine rupture in a Nigerian teaching hospital: maternal and fetal outcome. Inter J Obstet Anesthesia, 2006 , 2, 15, 124-128.
- 23. Khouchani M.** Rupture utérine à la maternité IBN Tofail de Marrakech : à propos de 47 cas. Thèse de médecine, Casablanca, 2002, 71, 103, 108.
- 24. Gueye SM, Moreau JC, Moreira P, et al.** Ruptures utérines au Sénégal. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2001, 30, 7Pt1, 700-5.
- 25. Camara S.** Problématique de la rupture uterine au service de Gynécologie et d'Obstétrique du chu point "G". Thèse de Médecine. Bamako : faculté de médecine et d'odontostomatologie, 2014, N°14M127, 125.
- 26. Floriane B, Boog G.** Facteurs de risque de rupture uterine sur utérus cicatriciel Revue de la littérature et comparaison à une étude rétrospective au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. 2004, vol. 60-[11]f.
- 27. Kouakou P, Djanhan Y, Doumbia Y, et al.** Les ruptures utérines : aspects épidémiologiques et pronostic foeto - maternel à la maternité du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire). Revue CAMES-Série A, Vol. 05, 2007, p91.
- 28. Cissé CT, et al.** Rupture utérine au Sénégal : épidémiologie et qualité de la prise en charge. Med Trop, Mars 2002, 62, 6, 619-22.
- 29. Diabaté A.** Les ruptures utérines à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Thèse de Médecine. Bamako : faculté de médecine et d'odontostomatologie, 2007, N°07M98, 140.

30. Smith GC, Pell JP, Pasupathy D, Dobbie R. Factors predisposing to perinatal death related to uterine rupture during attempted vaginal birth after caesarean section: retrospective cohort study. *BMJ*, 2004, 329, 375-7.

31. Turner MJA, Agnew G, Langan H. Uterine rupture and labour after a previous low transverse caesarean section. *BJOG*, 2006, 13, 6, 729-32.

32. Sanogo AC. Etude épidémiologique-clinique et thérapeutique de la rupture utérine au Centre de Santé de Référence de Kadiolo. Thèse de Médecine. Bamako : faculté de médecine et d'odontostomatologie, 2009, N°09M271, 147.

33. Yaron Y, Shenhav M, Jaffa AJ, et al. Uterine rupture at 33 weeks gestation subsequent to hysteroscopic uterine perforation. *American Journal Obstet Gynecol*, 1994, 170, 3, 786-7.

34. Diakité I. Rupture utérine au Centre de Santé de Référence de Koutiala de novembre 2008-octobre 2009 (à propos de 21 cas). Thèse de Médecine. Bamako : faculté de médecine et d'odontostomatologie, 2011, N°10M283, 73.

35. Diakité Y. la rupture utérine au centre de santé de référence de la commune V du district sanitaire de Bamako. Thèse de Médecine. Bamako : faculté de médecine et d'odontostomatologie, 2011, N°12M267, 116.

36. Bohoussou K, Houphouet KB, Anoma M, et al. Ruptures utérines au cours du travail : A propos de 128 cas. *Afr. Med*, 1978, 17, 162, 467-478.

37. Diouf A, Dao B, Diallo D, et al. 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.

38. Zhiri M, Ader M, Zaher N. Etude comparative de 2 séries de ruptures utérines colligées au CHU-AVERROES de Casablanca de 1979 à 1981, 1984 à 1986. *J. Gynécol Obstét, Biol Réprod*, 1989, 18, 206-212.

39. Bujold E, Gauthier RJ. Neonatal morbidity associated with uterine rupture: What are the risk factors? .American Journal Obstet Gynecol, 2002, 186, 311-314.

40. Kafkas S, Tarner CE. Ruptured uterus. Inter J Gynecol Obstet, 1990, 34, 41-44.

41. Kwee A, Bots LM, Visser GHA. Uterine rupture and its complications in Netherlands: A prospective study. European Journal Obstet Gynecol Reprod Biol, 2006, 128, 1-2, 257-61.

42. Qi L, Chen Y, Dolo A. La rupture utérine à l'hôpital régional de Sikasso : à propos de 126 cas. Médecine d'Afrique Noire, 2000, 47, 2, 111-113.

ANNEXES

ANNEXES :

FICHE D'ENQUETE

Rupture utérine

Fiche n° :

I-IDENTIFICATION DU PATIENT

- N° du dossier : _____ N° d'enregistrement : _____
- Date d'entrée : _____ date de sortie : _____ durée
d'hospitalisation _____
- Prénom et nom :
- Age :
- Résidence :
- Air de santé :
- **Statut matrimonial :**
 - 1. mariée /.../ 2. Célibataire/.../3. Divorcée/.../
 - 4. Veuve/.../
- **Niveau d'étude :**
 - 1. Aucun niveau /.../ 2.
 - Primaire/.../ 3.
 - Secondaire /.../ 4.
 - Supérieur/.../ 5. Autres à
 - préciser : /.../
- **Profession :** 1. ménagère/.../ 2. Elève/étudiante/.../
- 3. commerçante/.../ 4. Fonctionnaire /.../ 5. Autres : ...

II- ADMISSION

- **Mode d'admission :**
 - 1. Evacuée /.../
 - 2. Référée /.../
 - 3. Venue d'elle-même /.../

➤ **Moyen de transport :**

1. Ambulance /.../
2. Transport en commun /.../
3. Voiture personnelle /.../
4. Autres à préciser : /.../

➤ Provenance (centre de santé ayant évacué) : /.../

➤ Distance parcourue : /...../

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

➤ Fiche de référence : Oui /.../ Non

➤ Partogramme : Oui /.../ et Non /.../

III- ANTECEDENTS :

➤ **Médicaux :** /.../ 1. Diabète /.../ 2. HTA, /.../ 3. Drépanocytose, 4. /.../VIH, /.../ 5. Aucun et /.../ 6. Autres: /...../

1. **Chirurgicaux :** Césarienne : /.../ 1. Oui, /.../ 2. Non

2. Myomectomie : 1. Oui /...../ et 2. Non /...../

3. Cure de fistule vésico-vaginales : 1. Oui /...../ et 2. Non /...../

4. Salpingectomie : 1. Oui /...../ et 2. Non /...../

5. Aucun à préciser.....

➤ **Gynécologique :** 1. GEU /...../ 2. Prolapsus génital /...../ 3. Autres: /...../

➤ **Obstétricaux :**

- **Césarienne :** 1. Oui /...../ et 2. Non /...../

Nombre de césarienne: /.../

Intervalle intergénésiq ue : /.../

Dernière césarienne : /.../

- **Gestité** : /...../
- **Parité** : /...../
- **Nombre d'enfant vivant** : /...../
- **Nombre d'avortement** : /...../
- **Nombre d'enfant DCD** : /...../
- **Nombre d'enfant mort-né** : /...../

IV- Grossesse actuelle : 1. suivie /...../ 2. Non suivie /...../

- **DDR** : /...../...../...../ **Age de la grossesse en SA** :
- **Nombre CPN** : /...../
- **Bilan biologique obligatoire** : /.../ 1. Complet /...../ 2. Incomplet /...../ **Groupage** : 1. Fait /.../ 2. Non fait /...../
- **Pathologies au cours de grossesse** : /.../ 1.HTA, /.../ 2. Diabète, 3. /...../ Infection génito-urinaire, /.../ 4.VIH et 5. Aucune /.../
- **Prophylaxie anti-palustre** : 1. Oui /...../ et 2. Non /...../
- **Prophylaxie antianémique** : 1. Oui /...../ et 2. Non /...../
- **Prophylaxie antitétanique (VAT)** : 1. Oui /...../ et 2. Non /...../

V- Examen physique à l'entrée :

Général :

- état général : /.../ 1. Bon, /.../ 2. Passable, /.../ 3. Mauvais, /.../ 4. Agitation, /...../ 5. Coma /...../ et 6. Décès constaté à l'arrivée /...../...../
- **Conjonctives** : 1. Oui /...../ et 2. Non /...../
- **Sueurs froides** : 1. Oui /...../ et 2. Non /...../
- **Soif intense** : 1. Oui /...../ et 2. Non /...../

1. À domicile 1.Oui/.../ et 2. Non/...../

2. Au CSCOM 1. Oui/ .../et 2. Non /.../

3. Au CSRéf/...../ oui et non /...../

4. Autre /...../ oui et non /...../

➤ **Durée du travail :**

➤ **RPM :** > à 6heures /...../ et < à 6heures /...../

➤ **Epreuve du travail :** /...../ oui et non /...../

VIII Mode d'accouchement :

1. Accouchement voie basse : /...../ oui et non /...../

2. Laparotomie /...../ oui et non /...../

IX - Diagnostic de la RU :

➤ Rupture utérine : /...../ oui et non /...../

➤ **Diagnostic :**

1. Pré opératoire (pendant le travail) /...../ oui et non /...../

2. Per opératoire /...../ oui et non /...../

3. Post partum /...../ oui et non /...../

X- Lésions :

➤ **Nature de rupture :** /...../1. Complète /...../ 2. Sous séreuse

Siège : /...../ 1. Segmentaire/...../ 2. Corporéale /...../segmento-corporéale

Longueur de la brèche (en cm) : /...../

➤ **Lésions associées :** /...../ oui et non /...../

Si oui : 1. Déchirure vaginale/...../ 2. Déchirure cervicale

/...../

3. Déchirure périnéale : /...../

XI Etiologies :

Circonstance de découverte : Rupture utérine sur utérus sain : .../ oui et non /...../

Rupture utérine sur utérus cicatriciel : /...../ oui et non /...../

Rupture utérine suite à une manœuvre : /...../1. Expression abdominale, 2.

Forceps/ Ventouse/...../3.VMI, /...../ 4. VME /...../

Utilisation abusive des ocytociques : /...../ oui et non /...../

Circonstances du diagnostic

Tableau franc de rupture utérine : /...../ oui et non /...../

Rupture utérine découverte au cours d'une révision utérine : /...../ oui et non /...../

XII- Méthode de traitement :

1. Hystérorraphie sans ligature tubaire : /...../ oui et non /...../

2. Hystérorraphie avec ligature tubaire : /...../ oui et non /...../

3. Hystérectomie subtotale : /...../ oui et non /...../

4. Hystérectomie : /...../ oui et non /...../

5. Mise en place de drain : /...../ 1. Unique et/...../ 2. Bilatéral

6. . Antibiotiques : /...../ 1. Oui 2. Non/...../

7. Transfusion : /...../ 1. Oui et 2. Non/...../

8. Quantité prescrite : /...../ et Quantité reçue : /...../

9. Durée de l'intervention : heure.....minutes

10. Abstention : /...../

XIII Evolution et pronostic :

➤ La mère :

- **Suites simples** : /...../1. Oui /...../2. Non
- **Complications** : /...../1. Oui, /...../2. Non

Si Oui préciser :

- Infection pariétale : /...../
- Endométrite : /...../
- Péritonite : /...../
- Septicémie : /...../
- Anémie : /...../
- Phlébite : /...../
- Décès :

Préciser la cause :

Délai de survenue du décès :heures.....minutes

Durée d'hospitalisation (en jour) : /...../

• **Nouveau-né :**

- Vivant : 1.oui /...../ 2. Non/...../
- Si Oui : 1. Réanimé ;/...../ 2. Non Réanimé/.../
- Mort-né : /.../ frais:/.../ macéré:/.../

Fiche signalétique

Nom : COULIBALY

Prénoms : Mohamed

Titre : Rupture utérine : aspects épidémio-cliniques, thérapeutique et pronostic au centre de santé de référence de Bougouni.

Domaine : Médecine

Pays : Mali

Résumé

Nous avons réalisé une étude cas-témoins allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2019 dans l'unité de Gynécologie-Obstétrique du centre de Santé de Référence de Bougouni. Toutes les patientes prises en charge dans le service pour rupture utérine ont été incluses et deux témoins (accouchement par voie sans rupture) pour un cas (rupture utérine).

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 21. Le seuil de significativité a été fixé à 5%. L'association entre 2 variables qualitatives a été étudiée par le Chi².

Nous avons enregistré 43 cas de rupture utérine sur un total de 1161 accouchements soit une fréquence de 3,7%.

Les facteurs de risque ont été dominés la cicatrice de césarienne($p=0,038$) ; OR=2,99, le non suivi de la grossesse($p=0,002$) et la résidence en milieu rural($p=0,000$) et l'intervalle intergénéral ≤ 2 ans (Khi-deux = 9,1735 ; $p = 0,002$)

Le pronostic materno-fœtal est réservé avec 1 cas de décès maternel soit 2,3% et 28 cas décès périnatal soit 65,1%.

Mots clés : Rupture utérine, Facteurs de risque, pronostic materno-fœtal, étude cas-témoins.

Serment d'Hippocrate

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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 leur père.

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.