

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT REPUBLIQUE DU MALI
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE **UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**
SCIENTIFIQUE(MESRS)

**Université des Sciences, des Techniques et des
Technologies de Bamako**



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année universitaire : 2019 - 2020

Thème :

**Aspects Epidémiocliniques thérapeutiques et
Pronostics de la Rupture Utérine au Centre
de Santé de Référence de Koutiala.**

Thèse

Présente et Soutenue publiquement 19/11/2020
Devant la Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie

Par

Mr. Mahamadou TRAORE

Jury :

Président : Pr Alhassane TRAORE

Membres : Dr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE

Dr Amadou BOCOUM

Co-Directeur : Dr Cheickna SYLLA

Directeur : Pr Youssouf TRAORE

Dédicace :

Au nom d'Allah, le tout miséricordieux, le très miséricordieux.

Je rends grâce à Allah.

Je dédie ce travail à...

Allah, le tout puissant, le clément, le miséricordieux.

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

Je dédie ce modeste travail...

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

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

A la mémoire de mon père feu Konimba TRAORE (dors en paix très cher papa) :

Malgré que vous soyez de l'autre côté du monde je sais que vous êtes là, jour et nuit à-côté de moi. Qu'Allah le tout puissant vous accueillir dans son paradis Amen !!!

Tu es le père dont rêverait tout enfant travailleur, courageux, compréhensif, toujours assidu au travail pour que ta famille ne manque de rien. Je suis fier d'être ton fils et je ferai tout ce qui est à mon pouvoir pour que tu puisses être fier de moi comme tu as toujours été depuis que j'étais un enfant.

Reçois ici ma profonde gratitude.

À ma mère Kariatou KEITA :

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

rigueur, le respect de soi et des autres. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. Ton principal souci a toujours été la réussite et le bonheur de tes enfants pour lesquels tu as consenti des sacrifices incommensurables. Je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils. Ce travail est le couronnement de tes efforts.

Puisse Allah te garder encore longtemps auprès de nous afin que tu puisses goûter aux fruits de ton labeur. Amine!!!

Je t'aime maman chérie.

À ma mère Binta SAMAKE :

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

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

Remerciement :

A la mémoire de mon père feu Konimba TRAORE (dors en paix très cher papa) :

Père votre exemplarité et votre dévouement pour notre réussite mont permis d'être la aujourd'hui. Soyez fier de votre fils et je ferai tout ce qui est à mon pouvoir pour que tu puisses être fier de moi comme tu as toujours été depuis que j'étais un enfant. Je pris le bon Dieu de vous accueillir dans son saint paradis et vous donne le repos éternel. Amen !!!

A mes deux mères : Kadiatou KEITA et Binta SAMAKE.

Les gens disent souvent qu'on ne peut pas avoir deux mères mais moi j'ai eu deux mères exceptionnelles dans ma vie. Vous vous êtes toujours souciés de ma réussite soyez rassurer je serai le fils dont vous avez toujours souhaités

Puisse ALLAH puisse vous gardez encore longtemps auprès de nous afin que vous puisez goûter aux fruits de vos labeurs. Amine!!!

Je vous aime mes deux mamans chéries.

À ma tante Kadiatou KEITA :

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

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

A mes frères et sœurs : Feu Fousseiny , Ibrahim, seydou, Adama,seydina Aly, Feu Bintou, Kadiatou, Sira, Djeneba et Binta.

Je ne sais pas quoi dire ou que faire. Vos mots d'encouragement et de soutien durant cette longue période d'étude mont permis de tenir pour la réalisation de ce rêve qui me tient à cœur depuis l'enfance. C'est le lieu pour moi de vous remercier pour votre aide.

Encore merci et restons unis pour toujours.

À mes cousins et cousines :

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

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

À mes tontons et tantes depuis la Guinée :

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

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

À mes amis d'enfance de Bacodjicoroni (Moustapha MAGASSOUBA, Hamed DOUCOURE, Sidiki K COULIBALY, Issouf DIAKITE, Moussa MAGASSOUBA, Moussa KEITA et Boubacar DIA dit Boolby RHHM) :
Merci pour votre amitié, votre disponibilité et vos avis. J'ai le cœur rempli d'espoirs pour nous tous... Restons toujours solidaires...

A Dr. Mamadou KASSAMBARA, mon frère d'une autre mère mon jumeau. Notre lien d'amitié de fraternité et complicité plus qui nous a unis et qui continuera pour toujours. Ta présence et ton soutien sans arrière pensée, je te remercie pour ton accompagnement et les sacrifices à toutes les épreuves durant ses longues années.

A Djakaridja DANIOGO, Aboubacar KLEMEGUE, SékouSIDIBE, Abdoulaye ARAMA, Ibrahim DOUMBIA dit Zala, Dr Morifing DOUMBIA, Dr Seydou Fily TRAORE, Dr Hawa M Diallo, Souleymane DICKO, Idrissa SIDIBE, Aboubacar SIDIBE, Modibo SoibaTRAORE, Dr Fatoumata TRAORE, Dr DjenebouMARIKO dite Jesse.

Vous m'avez aidé à traverser ses moments les moments difficiles de ma vie. Je ne saurais vous remercier assez. Soyons et restons unis. Le chemin est encore long mais ensemble nous allons y arrivés. Je vous remercie pour tous vos soutiens incondtionnés. Je vous dis simplement un grand merci que notre amitié soit sincère a vie.

À Dr Kalidou KONE

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

Puisse Allah nous guide dans le droit chemin. Amine

A Dr Doua sissoko

Tu mas toujours considère comme un frère depuis 2014 jusqu'a nos jours j'espère que cette fraternité continuera a jamais, Notre équipe est la meilleur, avec toi j'ai appris beaucoup de choses .tu es un homme qui inspire tout une génération et sache je vais jamais oublie ton soutien au moment de la décision et au cour de cette thèse .Nous avons encore des beaux jours a faire ensemble. Les mots me manquent pour vous remercier. Qu'Allah le tout puissant vous protège.

A Dr Arouna DEMBELE

Un homme sans façon. Les mots me manque pour te qualifier, tu as été la pour moi a un moment très douloureux de ma vie oui c'était le jour ou mon père a fait un accident. Je pris le bon Dieu pour te protéger Amen !!!

A tous les aînés de la Renaissance Convergence Syndicale

Vous avez tous contribue a la réalisation de ce travail merci pour tout vos efforts. Votre disponibilité et vos conseils mont beaucoup touche je pris le bon Dieu de fortifie ces liens qui existent entre nous.

A ma famille adorée la Renaissance Convergence Syndicale

Cette famille de responsabilité qui ma donne la force, la détermination le savoir faire le courage la rigueur sans toi je ne savais pas comment j'allais passer mon

séjour dans cette faculté .Merci aux pères fondateurs de cette belle famille ainsi qua tous les membres, je me suis vraiment senti en famille.

A Hamidou DIAKITE dit Grand H :

Un jeune frère qui mas jamais dit non, merci pour ta confiance a ma personne sache je serai toujours la pour toi et que je fier de toi qu'Allah nous la chance de collaborer ensemble pour toujours.

A Nana Modibo TOURE

Une femme battante qui mas toujours respecter et soutenir toutes mes proposition. Nous avons pu forme une équipe qui va jamais disparaître jusqu'a la mort, réservez ici expression de ma profonde gratitude.

A Feu Abdramane Youssouf CISSE :

Ton décès a été la plus douloureux plus traumatique pour ma personne .Un homme courage intègre ambitieux qui a toujours donne le meilleur de lui-même, Sache que je vais jamais oublie les moments qu'on a eu a passe ensemble .Dors en paix frère CISSE.

A tous mes cadets de la Renaissance Convergence Syndicale

Rien ne vaut une famille vous avez été toujours présent quand il s'agit de FORO. Merci à vous je pris le bon Dieu qu'il fortifie notre relation de famille. Rouge à vie.

À mes maîtres du primaire :

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

Une attention particulière à **Mr SIDIBE** qui m'a appris qu'un homme doit souffrir pour réussir.

À mes enseignants du secondaire :

Je remercie tous les enseignants du **Lycée Nianpéré BALLO** pour la qualité de leurs enseignements.

Une attention particulière a **Mr TIMBOLIBA** qui ma toujours encouragé a étudier au moment que j'avais plus l'espoir merci.

À Mme CISSE Hawa KOITA :

Amie et petite sœur depuis le lycée, nous avons eu le baccalauréat ensemble a 2 depuis lors nous sommes devenus frère et sœur. Merci pour ces moments de fous rires ensemble, même si je te fatigue beaucoup, sache que tu comptes beaucoup pour moi.

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

À monsieur Mr Mamadou Siné TRAORE dit Finery :

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre amabilité et surtout votre simplicité. Depuis qu'on s'est connu tu m'as toujours considéré comme un frère. Tu m'as impressionné et je vous suis extrêmement reconnaissant pour votre aide.

À mon encadreur Dr SYLLA cheickna

Vous m'avez accepté sans me connaître. Merci pour tout ce que vous nous avez appris dans le domaine de la Gynécologie-Obstétrique.

Nous sommes fier d'être vos élèves et garderons précieusement tous vos enseignements surtout vos conseils et votre foi.

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

A mes encadreurs du centre de santé de référence de Koutiala : Dr SYLLA Cheickna, Dr MAGASSA NTian, Dr MAIGA Ousmane, DrBALLO Brehima, Dr MAIGA, Dr COULIBALY Mamadou, Dr WAIGALO, Major Amadou DEMBE, Major Aboubacar BENGALY, Mr KAMISSOKO Mohamed, Mr Souleymane KASSOGUE ,Mme TOGO Maimouna TOGO

Je vous remercie infiniment du soutien moral que vous m'avez toujours apporté. J'ai beaucoup appris à vos côtés et je ne cesserais jamais de vous être reconnaissant pour la formation et les conseils prodigués.

A toutes les sages-femmes, infirmières et infirmiers, matrones de la gynécologie-obstétrique du CS Réf de Koutiala.

Malgré les petites divergences souvent j'ai beaucoup appris avec vous. Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

À mes camarades internes : Oumar GOITA, Ismaël BERTHE, Salif DEMBELE, Nouhoum DJIGANDE, Antoine COULIBALY, Moussa DIAKITE, Ismaël Tiema DIARRA et Kadiatou DIARRA.

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

À tous les membres de la 10ième promotion du Numerus Clausus feu Mahamadoun TOURE

Nous sommes plus qu'une famille, nous avons passés des bons moments et des mauvais moments ensemble. J'espère que nous goûterons ensemble au fruit de ce travail.

**HOMMAGE
AUX MEMBRES
DU JURY**

A notre maître et président du jury : Pr Alhassane TRAORE

- **Professeur titulaire de Chirurgie à la FMOS ;**
- **Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Spécialiste en chirurgie Hépatobiliaire et Pancréatique ;**
- **Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS) de Bamako ;**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA) ;**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F) ;**
- **Membre de la Société Internationale de l'Hernie AMEHS ;**
- **Membre du Collège Ouest Africain des Chirurgiens (WACS) ;**
- **Membre de la Société Africaine Francophone des Chirurgies Digestives (S.A.F. CHI. D).**

Cher Maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Qu'Allah vous donne longue vie. Amen !!!

A notre Maître et Juge : Dr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE

- **Spécialiste en anesthésie-réanimation ;**
- **Maître Assistant à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Praticien hospitalier du CHU-GT ;**
- **Membre de la société d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence (SARMU) ;**
- **Membre de la société d'anesthésie-réanimation d'Afrique noire Francophone (SARANF) ;**
- **Ancien interne des hôpitaux ;**
- **Spécialiste en technique échographique en anesthésie-réanimation et médecine critique ;**
- **Spécialiste en pédagogie médicale ;**
- **Certificat en lecture critique d'article scientifique ;**
- **Chef de service de la régulation d'urgences médicales ;**
- **Membre de la SFAR.**

Cher Maître,

Vos excellentes qualités de médecin anesthésiste-réanimateur de terrain.

Votre dévouement envers vos patients, votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait font de vous un homme exemplaire.

Veillez accepter cher Maître nos sincères remerciements et soyez assuré de notre profonde gratitude.

A notre Maitre et juge : Dr Amadou BOUCOUM

- **Maître-Assistant de gynécologie-obstétrique a la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE ;**
- **Secrétaire général adjoint de la société Malienne de la Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO).**

Cher Maitre,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de porter un écart critique sur ce travail nous a profondément touché, votre simplicité, vos qualités humaines et vos qualités de pédagogie explique toute admiration que nous éprouvons à votre égard. Vous êtes un exemple de générosité et de disponibilité. Trouvez ici l'expression de notre grande estime. Que Dieu vous accompagne dans votre carrière.

A notre Maître et Co-directeur : Docteur Cheickna SYLLA

- **Médecin Gynécologue-Obstétricien ;**
- **Praticien au CS Réf de Koutiala ;**
- **Chef de service de gynéco-obstétrique du CS Réf de Koutiala.**

Cher Maître,

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

A notre maitre et directeur de thèse : Pr Youssouf TRAORE

- **Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE ;**
- **Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) au Mali ;**
- **Président de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO) ;**
- **Vice-président de la société Africaine de gynécologie Obstétrique (SAGO) ;**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire de Méthodologie de recherche clinique de Bordeaux II ;**
- **Secrétaire adjoint à l'organisation de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;**
- **Enseignant chercheur.**

Cher maitre,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail qui est également le vôtre car vous l'avez conçu et suivi de bout en bout.

Au cours de ce travail, nous avons découvert un homme ouvert, toujours souriant, accueillant et disponible. Vos qualités d'homme de science et de recherche, votre modestie, font de vous un exemple à suivre. Cher maître, aucun mot ne pourra exprimer tous nos sentiments à votre égard. Merci !

La Liste des abréviations :

- AVP** : Accident de la voie publique ;
BDCF : Bruits du cœur fœtal ;
BGR : Bassin généralement rétréci ;
CCC : Communication pour le changement de comportement ;
CM : Centimètre ;
CPN : Consultation pré natale ;
CPON : Consultation post natale ;
CSCOM : Centre de santé communautaire ;
CSREF : Centre de santé de référence ;
CU : Contraction utérine ;
DDR : Date des dernières règles ;
FMOS : Faculté de médecine et d'Odonto-Stomatologie ;
FR : Fréquence respiratoire ;
G : Gramme ;
Gr- Rh : Groupage rhésus ;
GT : Gabriel TOURE ;
Hb : Hémoglobine ;
HPPI : Hémorragie du post partum immédiat ;
HRP : Hématome retro placentaire ;
HTA : Hypertension artérielle ;
HU : Hauteur utérine ;
IIG : Intervalle inter génésique ;
LRT : Ligature et résection des trompes ;
mm hg : Millimètre de mercure ;
mm : Millimètre ;
NFS : Numération formule sanguine ;
PF : Planification familiale ;
PMA : Procréation médicalement assisté ;

PP : Placenta prævia ;

RU : Rupture utérine ;

T⁰ : Température ;

TA : Tension artérielle ;

VAT : Vaccin anti tétanique ;

VIH : Virus immuno déficience humaine ;

VME : Version par manœuvre externe ;

VMI : Version par manœuvre interne ;

Liste des figures :

Figure 1 : Utérus gravide avec ses 3 parties.....	8
Figure 2 : Rupture utérine segmentaire antérieure.....	23
Figure 3 : Syndrome de pré-rupture (Utérus en sablier).....	29
Figure 4 : Répartition des patientes en fonction du niveau d'étude.....	52
Figure 5 : Répartition des patientes en fonction de la résidence.....	53
Figure 6 : Répartition des patientes en fonction des antécédents chirurgicaux...55	
Figure 7 : Répartition des patientes en fonction du moment du diagnostic.....	57
Figure 8 : Répartition des patientes en fonction des étiologies de la rupture utérine.....	58
Figure 9 : Répartition des patientes en fonction de la nature de rupture.....	58
Figure 10 : Répartition des patientes en fonction du siège de rupture.....	59
Figure 11 : Répartition des patientes en fonction du mode d'accouchement.....	60
Figure 12 : Répartition des patientes en fonction du geste thérapeutique.....	60
Figure 13: Répartition des patientes en fonction des suites post opératoires...61	
Figure 14 : Répartition des patientes en fonction de la transfusion de sang iso groupe iso Rhésus.....	62
Figure 15 : Répartition des patientes en fonction de pronostic maternel.....	62
Figure 16: Répartition des patientes en fonction du pronostic du nouveau-né...63	
Figure 17 : Rupture utérine segmentaire.....	87
Figure 18 : Rupture utérinesegmento-corporealle.....	87

Liste des tableaux :

Tableau I : Evolution de la HU.....	9
Tableau II : récapitulatif du personnel socio sanitaire du Centre de Santé de Référence de Koutiala.....	46
Tableau III : Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge.....	52
Tableau II : Répartition des patientes en fonction de mode d'admission.....	53
Tableau V : Répartition des patientes en fonction du motif d'évacuation/Référence.....	54
Tableau VI : Répartition des patientes en fonction des documents de la référence /Evacuation.....	55
Tableau VII : Répartition des patientes en fonction des antécédents obstétricaux.....	56
Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de l'examen obstétrical à l'entrée.....	57
Tableau IX : Répartition des patientes en fonction des lésions associées.....	59
Tableau X : Répartition des patientes en fonction des complications postopératoires.....	61
Tableau XI : Répartition du pronostic maternel et la tranche de l'âge.....	63
Tableau XII : Relation entre du pronostic maternel et de la mode d'admission.....	64
Tableau XIII: Relation entre le mode d'admission et les complications postopératoires.....	64
Tableau XIV: Relation entre le pronostic fœtal et la nature de rupture.....	65
Tableau XV: Relation entre le mode d'admission et le pronostic du nouveau-né.....	65
Tableau XVI: Relation entre le mode d'admission et l'état du mort-né.....	66
Tableau XVII : Relation entre le mode d'accouchement et l'état du nouveau-né.....	66

Sommaire :

Introduction.....	1
Objectifs.....	5
Généralités.....	7
Méthodologie.....	44
Résultats.....	52
Commentaires et discussion.....	69
Conclusion et recommandations.....	76
Références.....	79
Annexes.....	88

I. INTRODUCTION

I. Introduction :

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

Elle peut survenir sur utérus cicatriciel ou sur utérussain. En France, La fréquence de la rupture utérine est de0,05% dans l'étude de **Guiliano et al.**[2]. En Espagne,**Pérez-Adán et al.** [3] ont évalué la fréquence des ruptures utérines à 0,078% et 0,31% en cas d'utéruscicatriciel.

En Afrique au Sud du Sahara, elle varie de0,61% à 11,5% [4][5].

Diallo et al.[6] ont rapporté 0,36% de fréquence de rupture utérine à la cliniqueuniversitaire de gynécologie et d'obstétriquede l'hôpital national Donka, CHU de Conakry,Guinée.

Au Mali, ce sujet a été l'objet de plusieurs travaux antérieurs sous forme de thèses de doctorat en médecine[7][8][9][10][11].

La rupture utérine constitue l'un des principaux motifs d'urgences obstétricales au service de Gynécologie - Obstétrique de l'hôpital du Point G[11].

Une étude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako montre que la rupture utérine occupe la deuxième place avec une fréquence relative de 20% des décès [10].La rupture utérine demeure une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelles dans les pays du tiers monde, particulièrement au Mali. Elle entraîne,30% des principales causes de décès dans les pays en voie de développement [7].

Le pronostic des ruptures utérines est péjoratif dans les pays en voie développement avec un taux de mortalitématernelle compris entre 11.26 et 35% et un taux dedécès fœtal entre 80% et 100% [4][12][13].

Dans les paysdéveloppés, ce pronostic materno-foetal est de loinmeilleur avec zéro décès maternel dans les séries de**Guiliano et al.**[2], **Bujold et al.**[14],

Zwart et al.[15], **Menihan et al.**[16] et **Yap et al.**[17]. Dans ces séries le décès foetal variait entre 0 et 13,6%.

La césarienne représente le facteur de risque essentiel des ruptures utérines. Plusieurs autres facteurs sont incriminés: mal présentations, dystocies cervicales, inductions de travail, post terme, âge maternel avancé, multiparité, macrosomie foetale, grossesses multiples, anomalies utérines congénitales et accouchement instrumental [18].

Les signes et symptômes classiques sont rares et il n'existe pas nécessairement une relation de cause à effet entre la clinique du patient et le degré d'atteinte de l'utérus, **Guiliano et al** [2].

Le traitement chirurgical conservatoire lors de la réparation utérine est réservé aux mères ayant: le désir d'un futur enfant, une légère rupture utérine transverse, sans extension de la rupture aux ligaments, col et cul de sac, une hémorragie utérine facilement contrôlable, un bon état général, pas de signe évident clinique et paraclinique de coagulopathie. L'hystérectomie devra être pratiquée dans le cadre d'une hémorragie importante et incontrôlable, d'une rupture à des sites multiples ou longitudinale [18].

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

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

Peu d'études ont été réalisées sur la rupture utérine au CS Réf de Koutiala d'où l'intérêt de notre étude. Pour mieux cerner ce problème, nous avons initié ce travail au CS Réf de Koutiala.

Ainsi nous nous sommes assignés les objectifs suivants :

II. OBJECTIFS

II. Objectifs :

1. Objectif général :

Etudier la rupture utérine dans le Centre de Santé de Référence de Koutiala.

2. Objectifs spécifiques :

- ✚ Déterminer la fréquence de la rupture utérine ;
- ✚ Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patientes ;
- ✚ Décrire les aspects cliniques de la rupture utérine ;
- ✚ Décrire les aspects thérapeutiques ;
- ✚ Etablir le pronostic materno-fœtal.

III. GENERALITES

III. Généralités :

3.1. Définition :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide. En effet, il s'agit d'une affection obstétricale redoutable dont le pronostic matérno-fœtal est mauvais sur le plan morbidité et mortalité[19].

3.2. Epidémiologie :

Le taux de rupture utérine retrouvé dans la littérature varie selon les pays, l'existence ou non d'une cicatrice utérine, la définition du terme de rupture retenue par l'auteur et selon que la patiente soit en travail ou non. Il s'agit d'un événement rare[14]. Dans les pays développés, le taux global varie entre 0,02 % et 0,091 %. En cas d'utérus cicatriciel, il est évalué selon les études entre 0,13% et 1%. On l'estime entre 0 et 0,02% sur utérus sain [14][20]. Par ailleurs, dans les pays en voie de développement, notamment en Afrique subsaharienne, la rupture utérine reste une pathologie fréquente (3% des accouchements environ), et 40 a 80 % surviennent sur un utérus sain [20]. La fréquence de cette pathologie dépend donc très fortement de l'organisation socio-sanitaire du pays, de même que ses conséquences pour la mère et l'enfant(problème de distance pour se rendre sur le lieu de l'accouchement, mauvaises infrastructures routières et sanitaires, manque de personnel qualifié.....)[20][21].

3.3. Anatomie de l'utérus gravide :

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

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

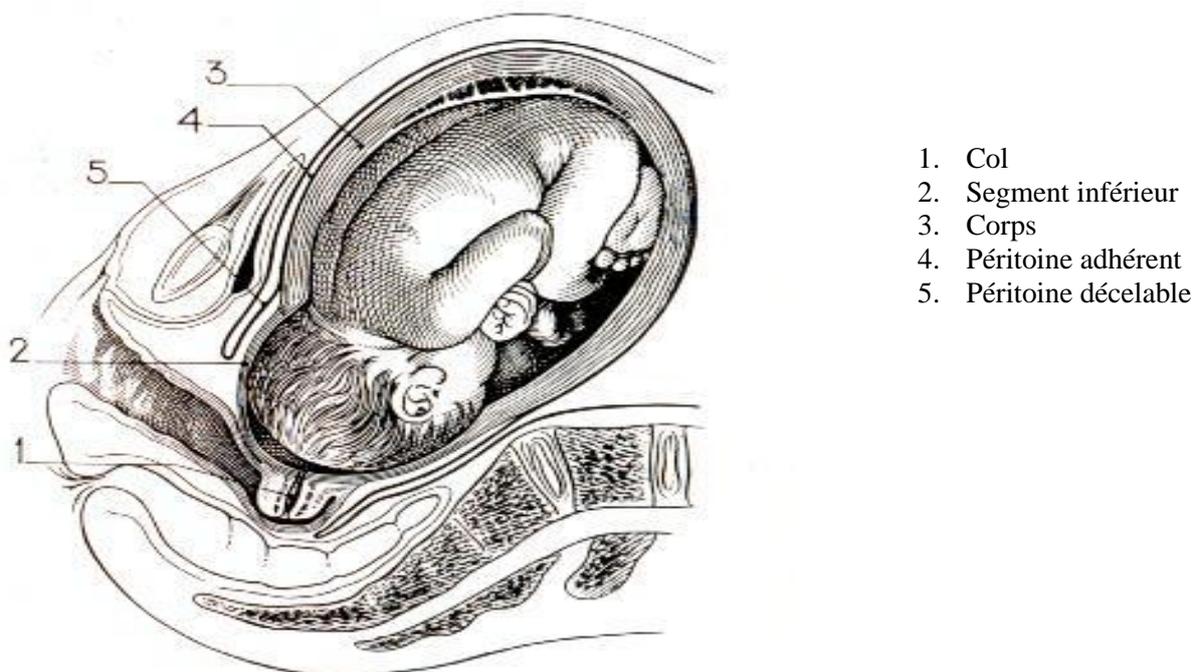


Figure 1 : Utérus gravide avec ses 3 parties [1].

3.2.1. Anatomie descriptive et rapports :

a. 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 12cm, soit 3 travers de doigt au-dessus du pubis, il devient nettement palpable.

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

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

➤ Volume et dimensions

L'utérus augmente progressivement de volume, d'autant plus vite que la grossesse est plus avancée. L'augmentation est due à l'hypertrophie des

éléments musculaires par hyperplasie des éléments existants et métaplasie à partir des histiocytes, puis à la distension des parois utérines par l'œuf. Cette croissance se fait en deux périodes :

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

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

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

Tableau II :Evolution de la HU.

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 ml et à terme, elle est de 4 à 5 litres.

➤ **Poids :**

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

➤ Epaisseur des parois :

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

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

➤ Consistance :

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

➤ Direction :

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

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

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

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

➤ Rapport :

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

A terme, l'utérus est abdominal.

➤ En avant :

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

➡ En arrière :

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

➡ En haut :

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

➡ En bas :

On a le segment inférieur.

✓ Anatomie microscopique :

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

➡ Séreuse :

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

➡ Musculeuse :

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

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

➡ Muqueuse :

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

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

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

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

b. *Segment inférieur :*

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

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

✓ Anatomie macroscopique :

➔ Situation :

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

➔ Caractères :

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

❖ Forme :

Elle a la forme d'une calotte évasée 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 cervico-segmentaire.

❖ Dimensions :

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

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

✓ Anatomie microscopique (structure) :

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

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

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

❖ Rapport du segment inférieur :

➞ En bas :

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

➞ En haut :

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

➞ Face antérieure :

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

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

➞ Face postérieure :

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

➞ Faces latérales :

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

Dans ce paramètre, se trouvent les rapports chirurgicaux importants : la gaine hypogastrique (artère utérine et uretère pelvien). La dextro-rotation utérine rend

plus intime au segment inférieur les rapports latéraux droits, exposant ainsi en avant le pédicule utérin gauche distendu. Cette situation explique la fréquence des lésions du pédicule utérin gauche au cours de la rupture utérine.

✓ Physiopathologie :

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

➡ Etude clinique :

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

➡ Physiologique :

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

➡ Pathologie :

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

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

c. Le col de l'utérus :

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

❖ Forme et volume :

Ils ne changent presque pas.

➡ Situation et direction :

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

➡ Consistance :

Le col se ramollit au bout de quelques semaines de grossesse. Il devient mou comme la lèvre (*signe de Tarnier*). Au cours des dernières semaines de 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 (*signe de Chadwick*) avec dans l'endocol un bouchon muqueux dense.

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

➔ Le phénomène d'effacement :

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

➔ La dilatation :

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

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

➔ Etat des orifices : Il ne varie pas.

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

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

3.2.1. Vascularisation et innervation de l'utérus gravide :

a. Vascularisation :

❖ **Artères :**

Les artères sont : artère utérine, ovarique et funiculaire.

☞ Artère utérine :

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

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

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

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

☞ Artère ovarienne :

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

☞ Artère funiculaire :

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

❖ **Veine :**

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

Ceux-ci collectent les branches corporéales réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche plexiforme. Après la délivrance, les branches corporéales 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 intra muraux. Leur rôle est tantôt neurocrine, réflexe ou dorigène.

- Le système extrinsèque :

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

Ces plexus proviennent :

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

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

3.2. Physiologie de l'utérus gravide :

Le déclenchement du travail est sous contrôle neurologique et hormonal.

3.2.1. Filets sympathiques (nerfs hypogastriques) :

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

3.2.2. Excitabilité conductibilité des fibres utérines :

Elles sont par ailleurs soumises à une influence hormonale :

- Les œstrogènes rendent la fibre excitable et conductible

- La progestérone augmente la liaison du Ca-ATPases dépendante, diminuant ainsi la concentration de Ca^+ libre intracellulaire et la perméabilité de la membrane au Ca^+ .

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

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

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

Les contractions utérines résultent d'un raccourcissement des chaînes de protéines contractiles ou actinomyosines, grâce à l'énergie libérée par l'adénosine triphosphate en présence d'ions. Les contractions utérines peuvent naître de n'importe quel point du muscle utérin. L'utérus se contracte du fond jusqu'au niveau du col.

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

3.2.3. Caractéristiques des contractions utérines douloureuses : ($\text{I}^2\text{R}^2\text{TP}$) :

Elles sont douloureuses et :

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

Elles ont pour effets :

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

3.3. Mécanismes des ruptures :

3.3.1. Analyse des contractions utérines anormales :

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

a. Hypercinésie de fréquence :

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

b. Hypertonie utérine :

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

c. Rétraction utérine :

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

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

NB : si un obstacle existe ou si la musculature utérine est de mauvaise qualité, le mécanisme normal de l'accouchement se trouve alors perturbé. L'utérus lutte. Si

cette cause persiste, le muscle utérin se contracte, se tétanise et le syndrome de pré rupture apparait.

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

3.3.2. Théories :

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

a. Théorie de BANDL :

Cette théorie explique surtout les ruptures utérines par dystocie osseuse.

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

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

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

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

b. Théorie de l'usure perforante :

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

Cette théorie, a été évoquée par **Mme Lachapelle** qui avait émis l'idée que le segment inférieur tirillé, était comme éliminé, puis comprimé entre le bassin et

la présentation. Il subissait alors une sorte d'usure perforante si bien que fissuré, il finissait par se rompre.

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

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

3.4. Rupture utérine compliquée :

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

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

On peut aussi observer :

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

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

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

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

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

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

3.5. Lésions anatomiques :

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

3.5.1. Siège :

On distingue trois grands groupes :

a. Ruptures utérines segmentaires :

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

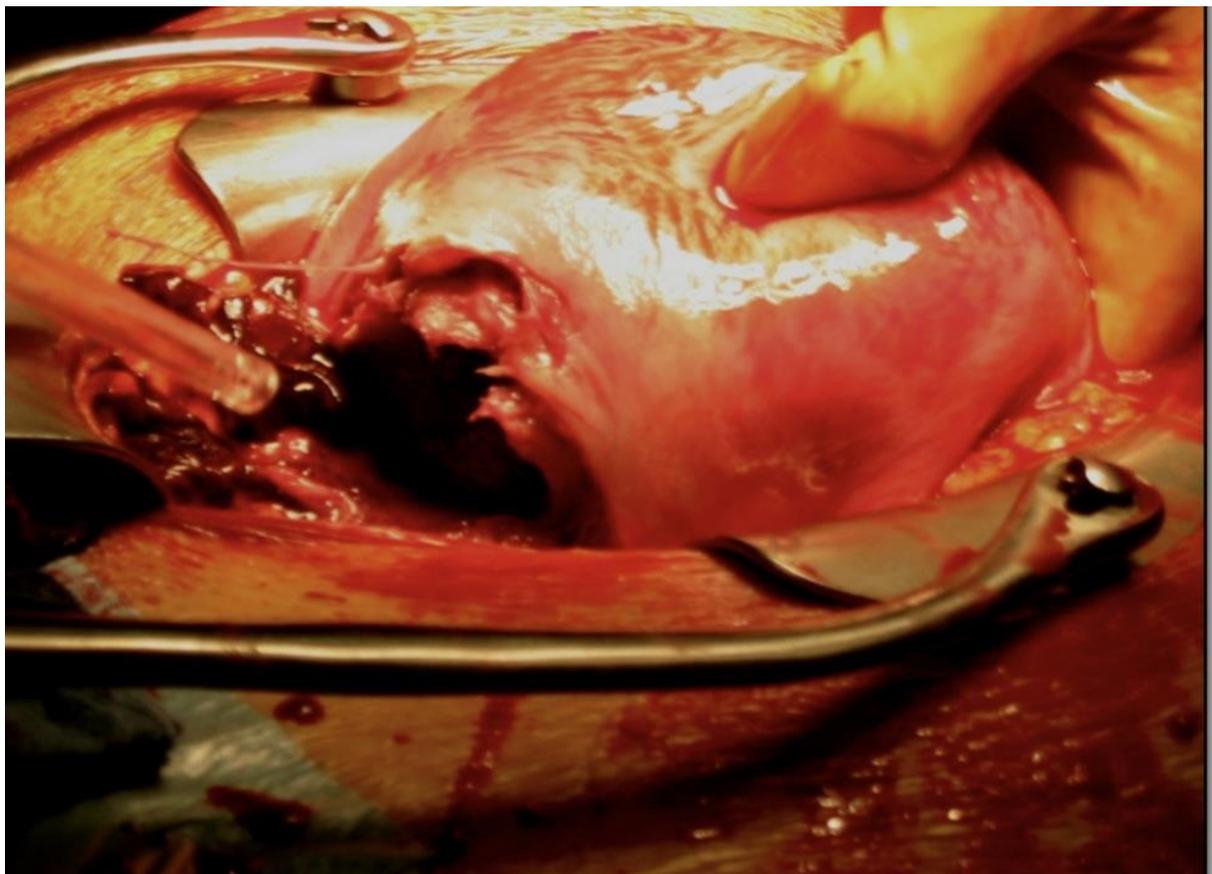


Figure 2 : Rupture utérine segmentaire antérieure[22].

b. Ruptures utérines corporéales :

Elles sont les plus rares. Le plus souvent complètes, ces ruptures utérines intéressent les trois tuniques : séreuse, musculaire, muqueuse. Elles sont très souvent le fait d'une cicatrice antérieure et peuvent être fundiques ou antérieures.

c. Ruptures segmento-corporéales ou cervico-corporéales :

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

3.5.2. Direction :

Elle peut être :

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

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

3.5.3. Etendue :

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

3.5.4. Profondeur :

On distingue :

a. Ruptures utérines complètes :

➡ Rupture d'utérus sain (ou rupture intra-péritonéale) :

La lésion est hémorragique, extensive aux bords latéraux et atteint souvent le corps. Le trait de déchirure est d'une grande variété : vertical ou transversal, complexe : en « T » inversé, en « L » inversé ou en étoile. La rétraction du corps

utérin et le décollement placentaire habituel entraînent la mort et l'expulsion intra-abdominale du fœtus.

☛ Rupture complète d'utérus cicatriciel (syndrome de chastrusse) :

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

b. Ruptures utérines incomplètes :

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

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

Les membranes amniotiques, intactes et herniées entre les fibres du myomètre lésé, sont vues sous le péritoine. L'absence de rétraction utérine et de décollement placentaire font que le fœtus resté dans la cavité amniotique est le plus souvent vivant.

- Sur le bord latéral :

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

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

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

Il s'agit d'une désunion partielle de la cicatrice segmentaire. Les berges scléreuses se séparent mais saignent peu. La séreuse péritonéale est intacte

(rupture sous-péritonéale) de même que les membranes ovulaires. Le fœtus resté dans l'utérus est le plus souvent vivant.

3.6. Aspect des bords lésionnels :

Les bords peuvent être :

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

3.7. Etiologies :

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

Plusieurs classifications étiologiques sont possibles.

3.7.1. Les ruptures traumatiques ou provoquées :

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

a) Manœuvres obstétricales :

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

Les manœuvres instrumentales telles que : le forceps et la ventouse

b) Traumatismes non obstétricaux :

Il y a :

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

c) Médicaments :

Il y a :

- les utéro toniques : utilisation de l'ocytocine sans surveillance et sans respect des contres indications ;

- les prostaglandines de synthèse administrées par voie locale
- les utéro toniques traditionnels.

3.7.2. Les ruptures spontanées :

a) Pendant la grossesse :

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

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

b) Pendant le travail :

Elles sont les plus fréquentes.

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

Il y a :

➤ *Causes maternelles :*

- les dystocies osseuses : bassin immature, bassin généralement rétréci (BGR), bassin asymétrique, bassin limite ;
- la multiparité (fragilisation du muscle utérin)
- les grossesses rapprochées avec intervalle inter gésique court ;
- les tumeurs prævia : fibrome, kyste ovarien, cancer du col ;
- le bas niveau socio-économique, l'ignorance, les carences nutritionnelles, les anémies, les épuisements physiques et le recours tardif aux soins de santé.

➤ *Causes fœtales :*

Il y a :

- les dystocies fœtales : la macrosomie et les présentations dystociques (le front, la face enclavée ou en mento-sacrée, l'épaule et le siège souvent) ;

- les malformations fœtales : hydrocéphalie, fœtus siamois, kystes congénitaux du cou et tumeur sacro coccygienne.

3.8. Etude clinique :

La rupture utérine fait partie des hémorragies du 3^{ème} trimestre. Elle représente une urgence medico-obstetricale survenant surtout au cours du travail d'accouchement.

3.8.1. Circonstance de découverte :

La rupture est découverte lors

- d'une évacuation pour disproportion fœto-pelvienne ;
- d'un travail prolongé ;
- d'un travail mal surveillé ;
- de l'utilisation abusive et incontrôlée des utéro-toniques ;
- des présentations vicieuses : épaule, face enclavée et front.

3.8.2. Type de description : Rupture utérine typique sur utérus sain :

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

3.8.2.1. 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

Trois (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.

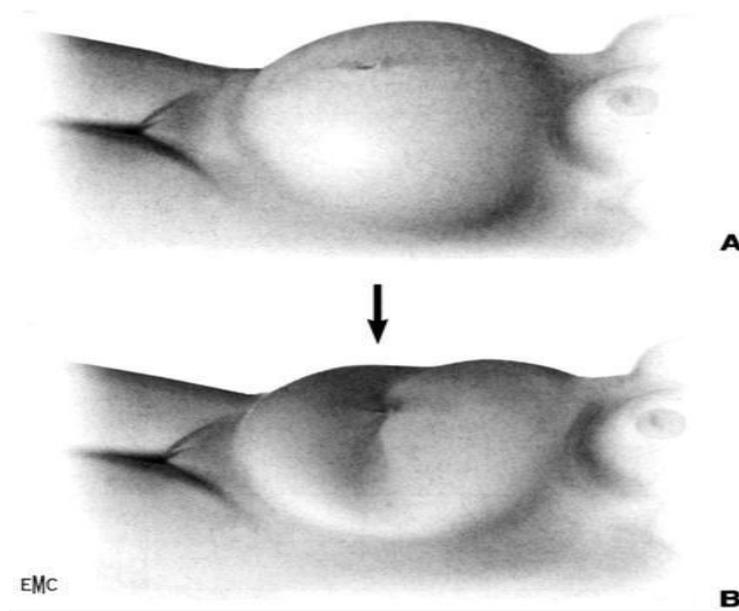


Figure 3 : Syndrome de pré-rupture (Utérus en sablier)[23].

3.8.2.2. Deuxième phase ou phase de rupture :

Elle se manifeste par :

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

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

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

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

- Pâleurconjunctivo-muqueuse ;
- Soif intense ;
- Chute de la tension artérielle ;
- Pouls accéléré et polypnée ;
- 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 :

- Unedouleur vive siégeant sur un bord utérin ;
- Unutérus rétracté et petit ;
- Unfœtus sous la paroiabdominale 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.

3.8.2.3.Examens para cliniques :

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

a) ExamensBiologiques : généralement réalisé en urgence dans nos contextes : NFS, Groupage-Rhésus, crase sanguine si possible.

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

c) Enregistrement des rythmes cardiaques 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 utéro-placentaires et la persistance du débit placentaire.

d) Enregistrement des contractions utérines :

Lecardiocytogramme objective :

- Une élévation du tonus de base au-dessus de 15 mm hg ;
- Une hypercinésie d'intensité (70 à 80 mm hg) et de fréquence (6 à 10 par 10 minutes).

NB : Ces deux derniers examens sont réalisés avant la rupture utérine.

3.8.3. Les formes cliniques :

3.8.3.1. Ruptures au cours de la grossesse :

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

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

3.8.3.2. Formes insidieuses sur utérus cicatriciel au cours du travail d'accouchement :

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

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

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

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

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

La rupture peut se révéler après l'accouchement, mais en général avant la délivrance : une petite hémorragie se produit et se prolonge ou bien au contraire en l'absence de saignement, le placenta ne se décolle pas alors que l'état général s'altère plus ou moins rapidement.

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

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

3.8.3.3. Ruptures provoquées :

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

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

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

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

3.8.3.4. Formes sous péritonéales :

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

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

3.8.3.5. Formes compliquées :

a. Rupture vésicale :

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

b. Syndrome de défibrination :

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

c. Ruptures négligées ou méconnues :

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

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

3.9. Evolution et complications :

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

- le choc hémorragique
- la surinfection avec 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

3.10. Diagnostic

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

3.10.1. Diagnostic positif

Cliniquement on a :

a) Le syndrome de pré rupture est caractérisé par :

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

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

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

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

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

3.10.2. Diagnostic différentiel

Dans les formes graves

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

➤ *L'hématome retro placentaire :*

Les signes cliniques sont :

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

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

➤ *Le placenta prævia :*

Les signes cliniques sont :

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

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

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

➤ *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.

➤ *Rupture du Douglas*

Elle se manifeste par une hémorragie faite de sang rouge vif et douleur vive survenues au cours des rapports sexuels (violence souvent).

a) Formes latentes :

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

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

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

3.11. Traitement :

3.11.1. Traitement curatif :

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

3.11.1.1. But : C'est :

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

3.11.1.2. Moyens thérapeutiques :

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

a. *Traitement chirurgical :*

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

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

Après cette inspection, on fera soit :

➔ Hystérorraphie :

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

➔ Hystérectomie :

Elle peut être totale ou sub totale.

Elle doit être inter annexielle.

NB : Traitement des lésions associées

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

b. Traitement médical : il comprend

➔ Traitement du choc :

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

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

Le traitement curatif du choc passe par :

✓ Traitement de la cause :

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

Les perfusions, si l'hémorragie 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 < 7g/dl).

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

Les solutés cristalloïdes (salé ou Ringer lactate) sont utilisés comme des moyens d'urgence. Ils permettent de gagner du temps nécessaire à la mise en œuvre de la transfusion, indiquée en cas de persistance ou de récurrence du choc.

L'acide tranexamique (Exacyl) utilisé pour la prise en charge de l'hémorragie. L'anurie le plus souvent transitoire, peut être prévenue par la perfusion de Mannitol ou de diurétiques (furosémide : 80 mg dans 100 ml de sérum salé en bolus en 30mn).

☛ Traitement anti-infectieux :

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

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

Indications chirurgicales :

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

Il y'a deux grandes orientations thérapeutiques :

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

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

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

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

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

b. Traitement préventif :

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

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

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

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

☞ La prévention des ruptures d'utérus cicatriciel

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

☞ La césarienne prophylactique

Elle est réalisée devant les facteurs de risques suivants :

- Les cicatrices corporeales ou corporeo-segmentaires

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

➤ **L'épreuve utérine**

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

➤ **Le cas particulier des ruptures utérines provoquées**

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

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

Faire une révision utérine systématique après toute manœuvre obstétricale laborieuse

➤ **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 ou programmée ;
 - Une épreuve utérine ;
 - Une épreuve du travail ;
 - Une référence à temps en milieu spécialisé.

➤ **Pendant le travail d'accouchement :**

La surveillance du travail d'accouchement sur le partogramme permet de :

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

Sur le plan national :

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

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

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

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

3.12. Pronostic et surveillance :

3.12.1. Pronostic :

a. Maternel :

Le pronostic maternel dépend de plusieurs facteurs tels que :

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

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

b. Fœtal :

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

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

3.12.2. Surveillance :

Elle est clinique et biologique.

a. Surveillance clinique :

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

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

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

b. Surveillance biologique :

On réalise la NFS (anémie), la créatinémie (anurie ou Oligo anurie), le prélèvement de pus (suppuration pariétale) et des lochies (endométrite) pour

étude cyto bactériologique et l'hémoculture en cas fièvre post opératoire (septicémie).

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

IV. METHODOLOGIE

IV. Méthodologie :

4.1. Cadre de l'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence de Koutiala.

Le CS Réf de Koutiala est situé au centre de la ville. De par sa situation géographique, son accès est facile.

Présentation du centre de sante de référence de Koutiala

Le centre de sante de référence de Koutiala comprend :

- **Les infrastructures**

- ✓ **Service de maternité:**

- Un Bureau du médecin chef de service ;
- Un Bureau de la sage-femme maitresse ;
- Une Unité CPN ;
- Une Unité PF ;
- Une Unité dépistage du cancer de col de l'utérus ;
- Une Unité vaccination ;
- Trois salles d'hospitalisation composées de 19 lits ;
- Une salle d'accouchement avec 2 tables ;
- Une salle de réanimation du nouveau-né ;
- Une salle du travail ;
- Une salle d'urgence ;
- Une salle de garde ;
- Une toilette ;
 - ✓ Un Bloc d'administration ;
 - ✓ Un Box de consultation ;
 - ✓ Deux blocs opératoires ;
 - ✓ Unité chirurgie homme ;
 - ✓ Unité chirurgie femme ;
 - ✓ Unité laboratoire ;

- ✓ Unité dépôt de vente (DV) ;
- ✓ Unité radiologie ;
- ✓ Une salle de tri ;
- ✓ Morgue ;
- ✓ Unité dépôt de vente de nuit.

• **Ressources humaines :**

Tableau II : récapitulatif du personnel socio sanitaire du Centre de Santé de Référence de Koutiala.

Ressources Humaines		
Qualification		Effectif (Officiel)
Médecins	Généralistes	5
	Sante Publique	2
	Gynécologue obstétricien	2
	Pédiatre	1
	Urologue	1
	Gastroentérologue	1
	Chirurgien généraliste	1
	Psychiatre	1
	Pharmacien	1
Techniciens de Sante	Infirmier Sante Publique	19
	Infirmière obstétricienne	14
	Technicien labo pharmacie	1
Techniciens Supérieur de Sante	Infirmier Diplôme d'état	8
	Sage-femme	12
	Technicien Labo Pharmacie	2
	Technicien Hygiène Assainissement	2
	Anesthésie Réanimation	1
Assistant Médicaux	Sante Publique	2
	Ophtalmologie	2
	Odontostomatologie	1
	Sante-Mentale	2
	Anesthésie Réanimation	2
	Biologie médicale	1
	Bloc Opératoire	2
	ORL	1
	Gestionnaire des Service de Sante	1
Autres	Comptables	6
	Secrétaires de direction	2
	Chauffeurs	5
	Aide-soignant	3
	Manœuvres	10
	Matrone	2

4.2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive longitudinale à collecte prospective.

4.3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 1^{er} Janvier 2019 au 31 décembre 2019 soit une période de 12 mois.

4.4. Population d'étude :

La population était constituée par l'ensemble des parturientes admises dans le service durant la période d'étude.

4.5. Echantillonnage :

L'échantillonnage a été exhaustif, nous avons colligé 2573 accouchements dans service de gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence de Koutiala pendant la période d'étude.

4.5.1. Critère d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude toutes les patientes admises pour rupture utérine dans le service pendant la période d'étude.

4.5.2. Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans l'étude toutes les patientes qui ont eu un accouchement normal sans rupture utérine.

4.6. Les variables étudiées :

4.6.1. Variables qualitatives :

- Age ;
- Heure d'admission au centre ayant référé, heure de prise de décision d'évacuation, horaire fixe de départ effectif, date et heure d'arrivé au centre, délai d'admission, Délai de prise en charge, obstétricaux ;
- Gestité, parité, nombre d'enfant vivant, intervalle inter génésique, nombre de césarienne ;
- Age gestationnel, nombre de CPN, HU, nombre de CU/10mn
- TA, température, pouls, BCF ;
- GR, taux Hb, taux Hte.

4.6.2. Variables quantitatives :

- Ethnie, résidence, résidence, statut matrimonial niveau d'étude, occupation ;
- Mode d'admission, moyen de transport, provenance, distance parcourue, heure d'admission au centre ayant référé, heure de prise de décision d'évacuation, horaire fixe de départ effectif, date et heure d'arrivé au centre, délai d'admission, délai de prise en charge ;
- Motif d'évacuation, fiche de référence Partogramme ;
- Antécédents médicaux chirurgicaux et obstétricaux ;
- Qualification de l'auteur, lieu ;
- Bilan biologique obligatoire, groupage Rhésus ;
- Déroulement du travail ;
- Etat général, conjonctives et muqueuses ;
- Variété de présentation, bassin ;
- Diagnostic, nature de rupture, siège, lésions associées ;
- Les étiologies des ruptures ;
- Méthode de traitement, mode d'accouchement ;
- Evolution, suites simples, complications, décès ;
- Transfusion de sang iso groupe iso rhésus.

4.7. Définitions opératoires :

- **Rupture utérine** : solution de la continuité non chirurgicale complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide.
- **Patiente** : gestante ou parturiente.
- **Primigeste** : 1^{ère} grossesse.
- **Pauci geste** : 2 à 4 grossesses.
- **Multi geste** : 5 à 6 grossesses.
- **Grande multi geste** : ≥ 7 grossesses.
- **Primipare** : 1^{er} accouchement.
- **Pauci pare** : 2 à 4 accouchements.

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

- **Morbidité maternelle** : elle se définit comme toute pathologie, chez une femme enceinte (quelles que soient la localisation et la durée de la grossesse) ou accouchée depuis moins de 42 jours, due à une cause liée à la grossesse ou aggravée par elle ou sa prise en charge, mais sans lien avec une cause accidentelle ou fortuite (**Prua A., 2000**).
- **Mortalité maternelle** : selon l'OMS elle se définit par le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite (**Bouvier-Colle MH, 2001**).
- **Mortalité périnatale** : elle regroupe la MFIU et la mort néonatale précoce.
- **Mortalité néonatale précoce** : elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 6^{ème} jour de vie.
- **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 ».
- **Pronostic** : prévision de l'évolution probable ou de l'issue d'une maladie.

4.8. Les méthodes d'analyse statistiques :

La saisie et l'analyse des données étaient faites sur le logiciel SPSS version 22 et les graphiques ont été réalisés à partir des logiciels Excel 2016.

Le traitement de texte et des tableaux étaient réalisés avec le logiciel Microsoft Word 2016 et Excel 2016 respectivement. Le test statistique utilisé était le test de Khi^2 avec une valeur de $p < 0,05$ considéré comme statistiquement significative.

4.9. Aspects éthique et déontologique:

La participation à cette étude avait été volontaire et chaque patient était libre de se retirer à n'importe quel moment. Nous avons utilisé les fiches d'enquête avec un anonymat.

Le respect de l'anonymat n'a constitué aucune entrave dans la réalisation de l'étude. Le protocole d'étude n'a pas été soumis au comité national d'éthique.

Le refus du patient de ne pas participer à cette étude n'empêchait en rien sa prise en charge et son suivi dans les unités. Les renseignements donnés par chaque patient étaient totalement confidentiels et ne s'auraient être divulgués. Ils seront uniquement utilisés à des fins de recherche.

V. RESULTATS

V.Résultats :

5.1.Fréquence :

Pendant la période d'étude, nous avons colligé 2573 accouchements parmi lesquels les ruptures ont représenté 27 cas soit une fréquence hospitalière **1,04%**.

5.1.2. Caractères sociodémographiques :

Tableau III : Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
≤ 19 ans	01	03,7
20 à 35 ans	16	59,3
> 35 ans	10	37,0
Total	27	100,0

L'âge moyen de nos patients était de **31,75±6,59 ans** avec des extrêmes allant de 16 et 45 ans.

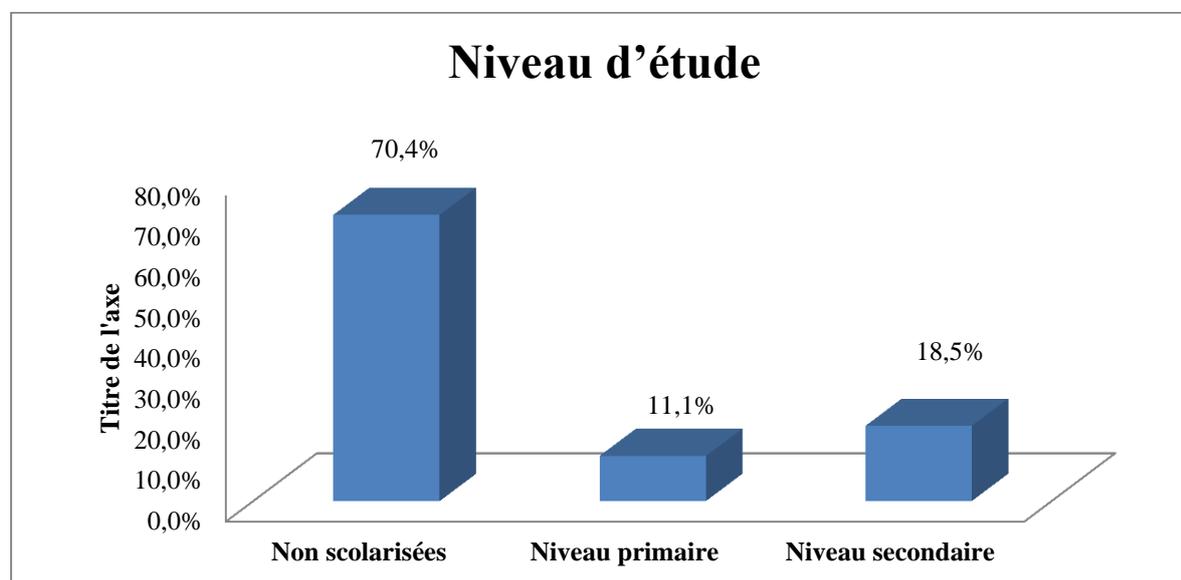


Figure4 : Répartition des patientes en fonction du niveau d'étude.

Les patientes étaient non scolarisées avec **70,4%** des cas.

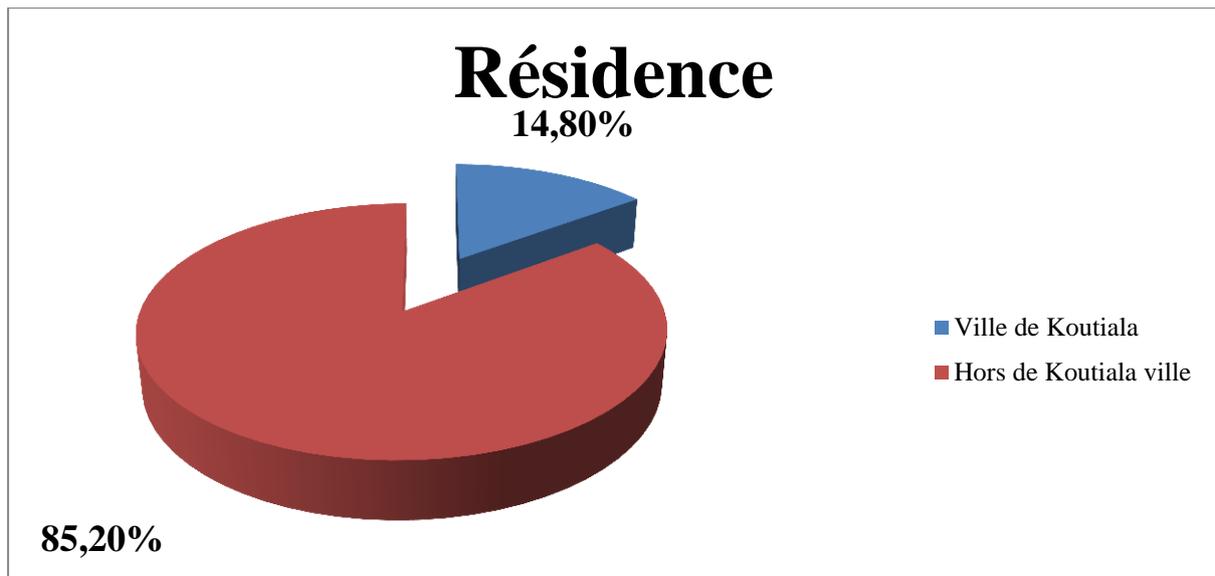


Figure5 : Répartition des patientes en fonction de la résidence.

Les patientes résidaient hors de la ville Koutiala avec **85%**.

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

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Evacuée	17	63,0
Référée	08	29,6
Venue d'elle-même	02	07,4

Les patientes évacuées (**63,0%**), à bord d'une ambulance avec **81,5%**.

Tableau V : Répartition des patientes en fonction du motif d'évacuation/Référence.

Motif d'évacuation/Référence	Effectif	Pourcentage
Syndrome de pré rupture	09	36,0
Hémorragie sur grossesse	07	28,0
Grande multiparité	01	04,0
Hauteur utérine excessive	01	04,0
Hématome retro placentaire	01	04,0
Hémorragie du post-partum	01	04,0
Anémie sur grossesse	01	04,0
Présentation du siège	01	04,0
Rupture utérine	01	04,0
Souffrance fœtale aigüe	01	04,0
Travail prolongé	01	04,0
Total	25	100,0

Le syndrome de pré-rupture a été le motif d'évacuation dans **36,0%** des cas.

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction des documents de la référence /Evacuation.

Documents de la référence /Evacuation	Oui		Non		Total	
	n	%	n	%	n	%
Fiche de référence	18	74,1	07	25,9	25	100,0%
Partogramme	11	48,1	14	51,9	25	100,0%

Les patientes ont été référées avec une fiche de référence dans **74,1%** des cas, sans partogramme dans **51,9%**des cas et avec des partogrammes mal renseigné **76,9%** des cas.

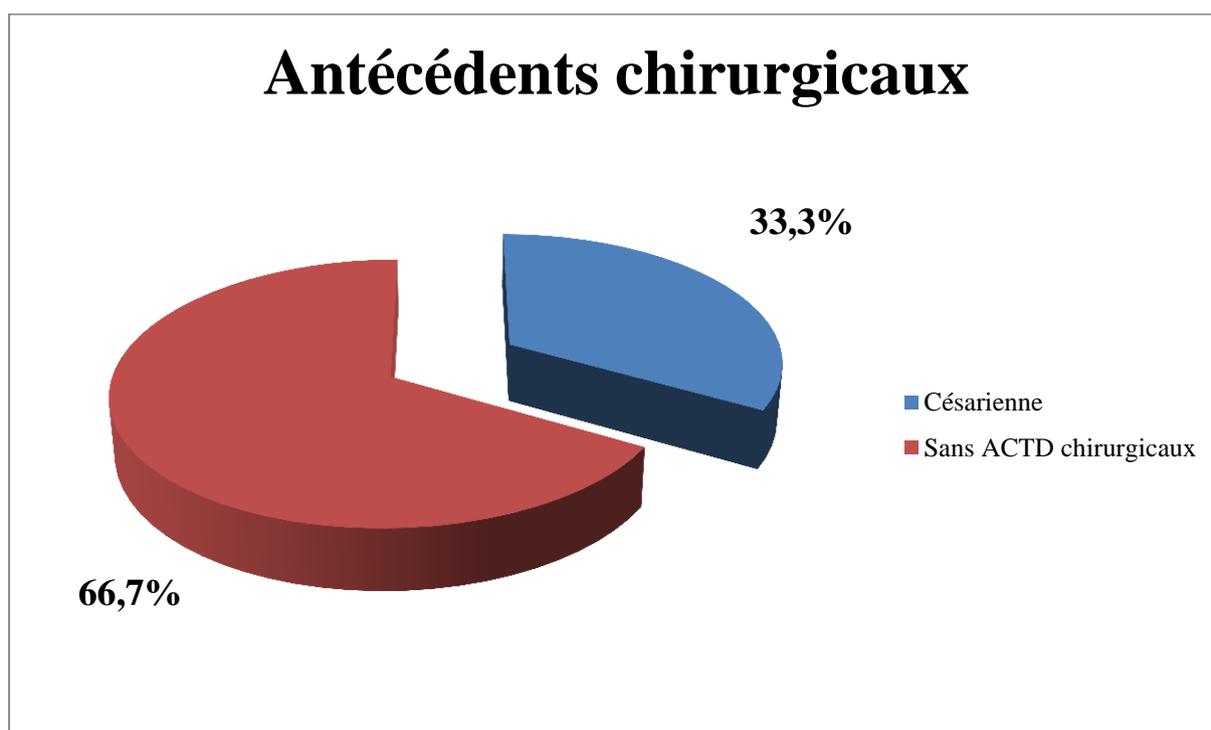


Figure6 : Répartition des patientes en fonction des antécédents chirurgicaux.

Les patientes avaient un utérus cicatriciel avec**33%** des cas.

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction des antécédents obstétricaux.

Antécédents obstétricaux	Effectif	Pourcentage
Gestité	Paucigeste	04 14,8
	Multigeste	03 11,1
	Grande multigeste	20 74,1
Parité	Primipare	02 07,4
	Paucipare	03 11,1
	Multipare	05 18,5
	Grande multipare	17 63,0
Intervalle inter génésique en mois	Moins de 24	06 22,2
	24 – 36	17 63,0
	36 – 48	03 11,1
	Plus de 48	01 03,7
Nombre de CPN	0	27 100,0

La gestité moyenne était de **7,56 ± 3,17** gestes avec des extrêmes allant de 2et 13 gestes.

La parité moyenne était de **6,30 ± 3,03** avec des extrêmes allant de 1 et 12.

L'intervalle inter génésique moyenne était de **28,89 ± 10,79** mois avec des extrêmes de 14mois et 60 mois.

Les patientes n'avaient pas d'antécédent de césarienne dans **70,4%** des cas.

5.1.2. Données cliniques :

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de l'examen obstétrical à l'entrée.

Examen obstétrical à l'entrée	Effectif	Pourcentage
Hauteur utérine	< 36	05 18,5
	>= 36	06 22,2
	Non spécifié	16 59,3
Variété de présentation	Céphalique	11 40,7
	Siège	04 14,8
	Vicieuse	04 14,8
	Inaccessible	08 29,6
BCF	Présents	05 18,5
	Absents	22 81,5

Les hauteurs utérines non spécifiques, la présentation céphalique, BDCF présents ont représenté respectivement **59,3%,40,7% et 81,5%**.

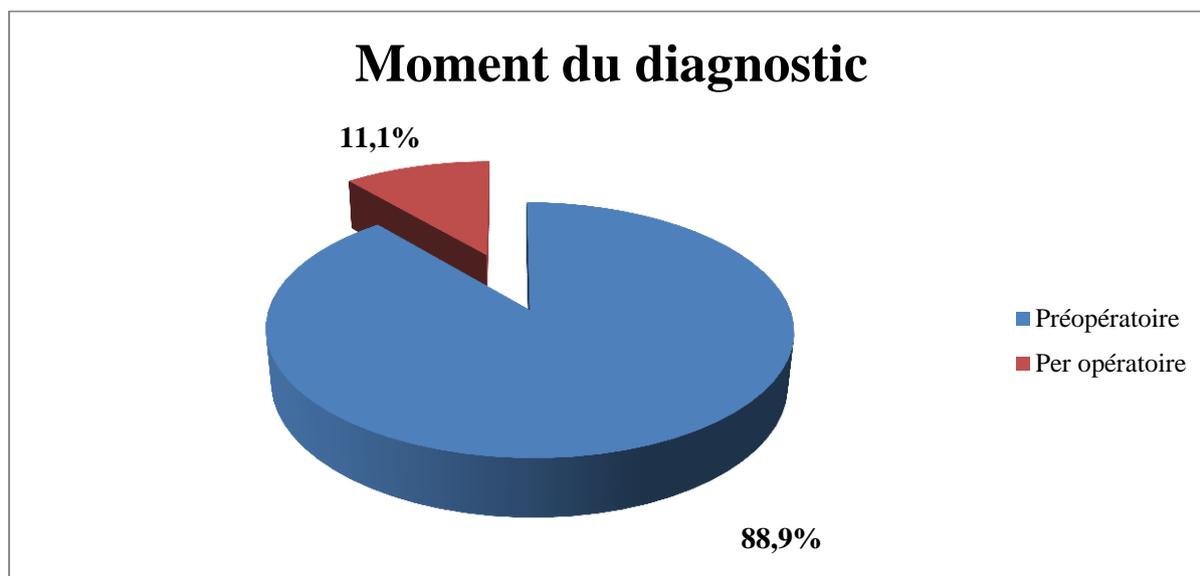


Figure 7 : Répartition des patientes en fonction du moment du diagnostic de la RU.

Les diagnostics ont été posés en préopératoire avec **88,8%** des cas.

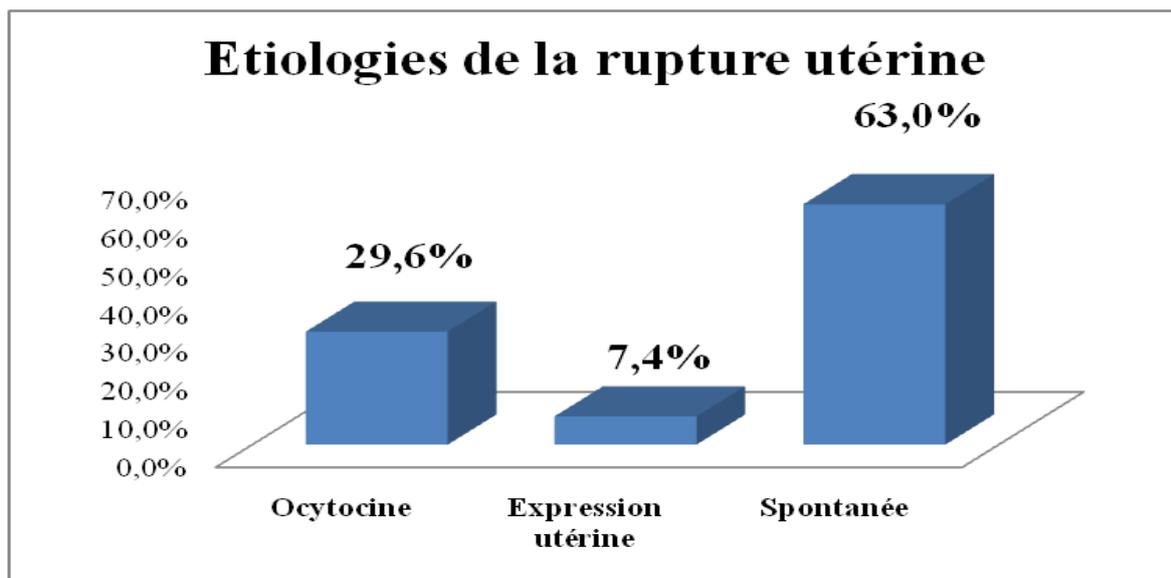


Figure 8 : Répartition des patientes en fonction des étiologies de la rupture utérine.

Les ruptures survenaient de façon spontanée dans **63%** des cas.

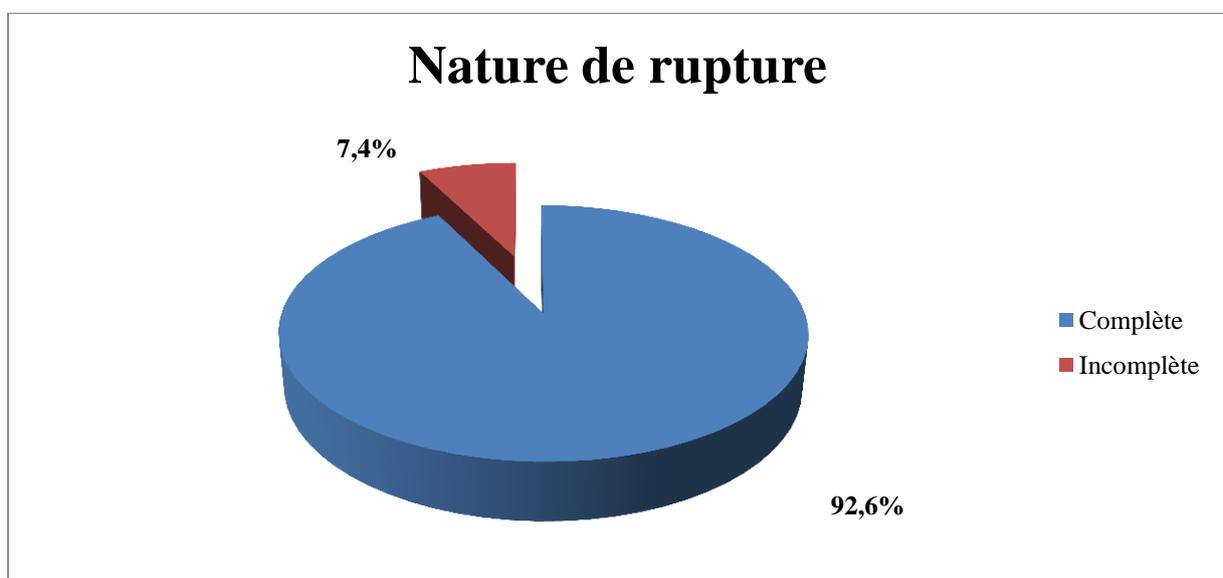


Figure9 : Répartition des patientes en fonction de la nature de rupture.

La rupture complète représentait **92,6%**des cas.

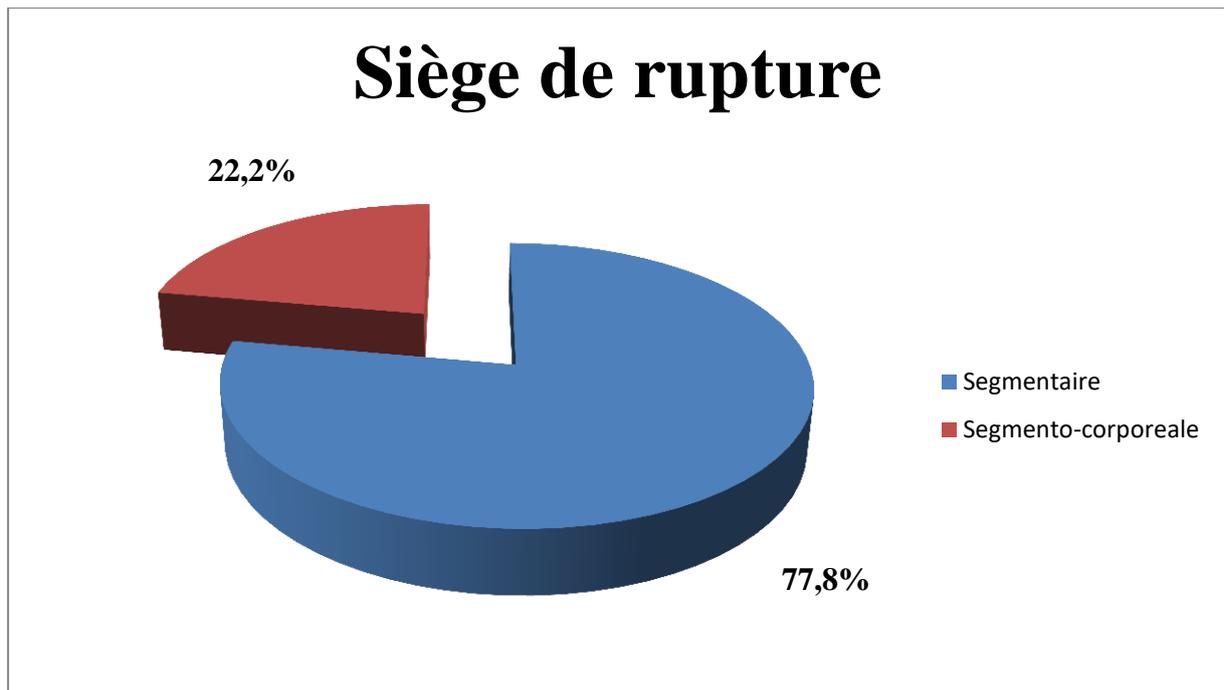


Figure10 : Répartition des patientes en fonction du siège de rupture.

La rupture segmentaire représentait **77,8%**des cas.

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction des lésions associées

Lésions associées à la rupture	Effectif	Pourcentage
Oui*	01	03,7
Non	26	96,3
Total	27	100,0

* : Fistule.

Un (1) seul cas de fistule vésicale a été constatée traitée par le sondage vésical pendant 15 jours.

5.1.3. Traitement :

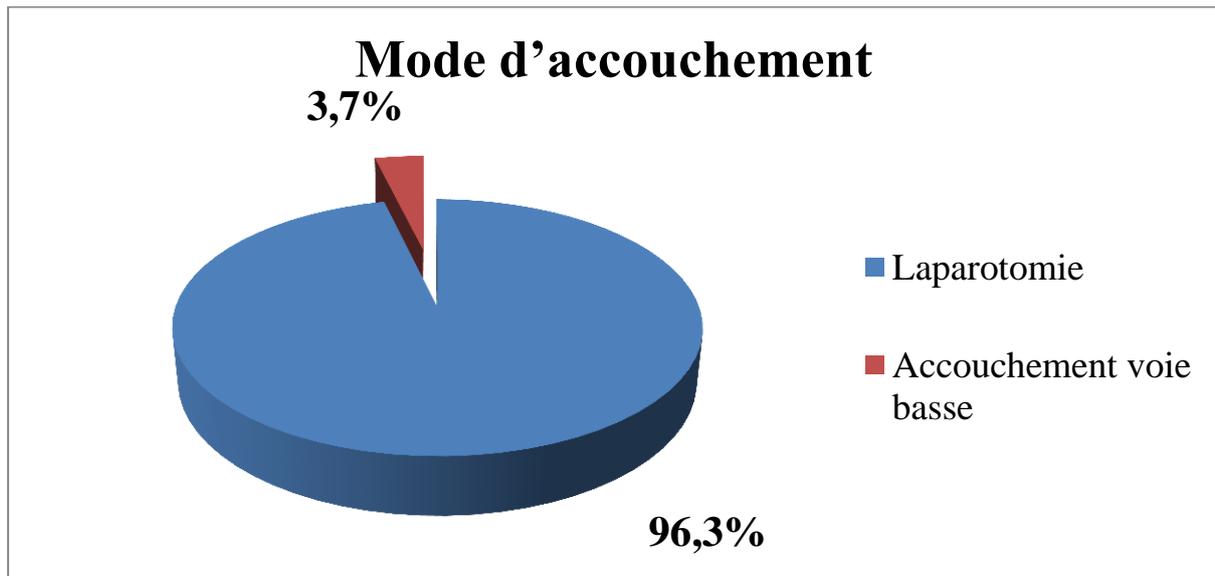


Figure11 : Répartition des patientes en fonction du mode d'accouchement.

Laparotomie a été réalisé chez **96,3%** de nos patientes.

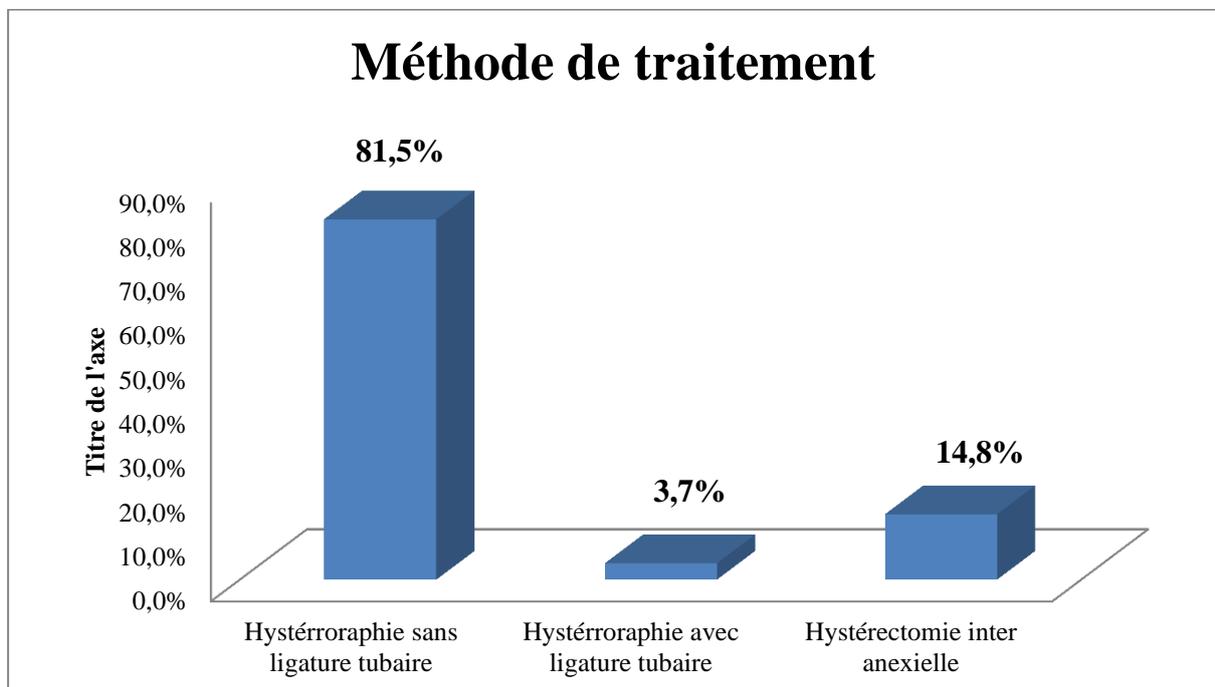


Figure12 : Répartition des patientes en fonction du geste thérapeutique.

L'Hystérorraphie a été pratiquée chez **81,50%**de nos patients.

5.1.4. Evolution :

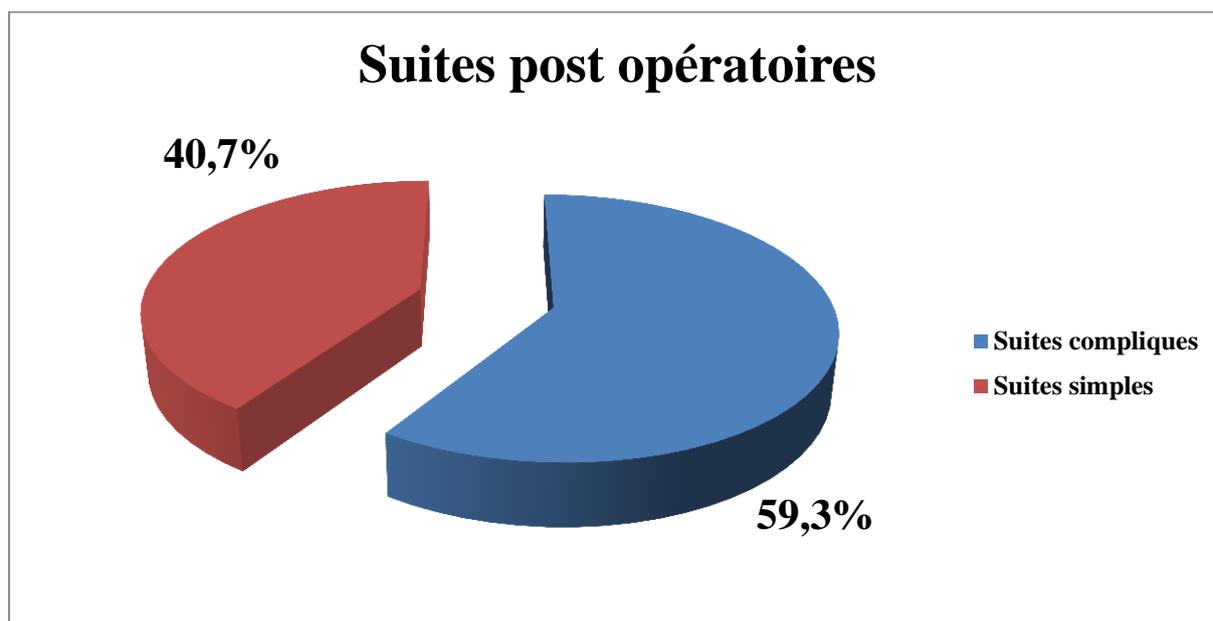


Figure 13: Répartition des patientes en fonction des suites post opératoires.

Les suites ont été simples dans **40,7%** des cas.

Tableau X : Répartition des patientes en fonction des complications postopératoires.

Complications postopératoires	Effectif	Pourcentage
Anémie	16	63,0
Phlébite	01	03,7
Fistule vésico-vaginale	01	03,7
Aucune complication postopératoire	09	29,6
Total	27	100,0

L'anémie a été la complication postopératoire la plus fréquente avec **63,0%** des cas.

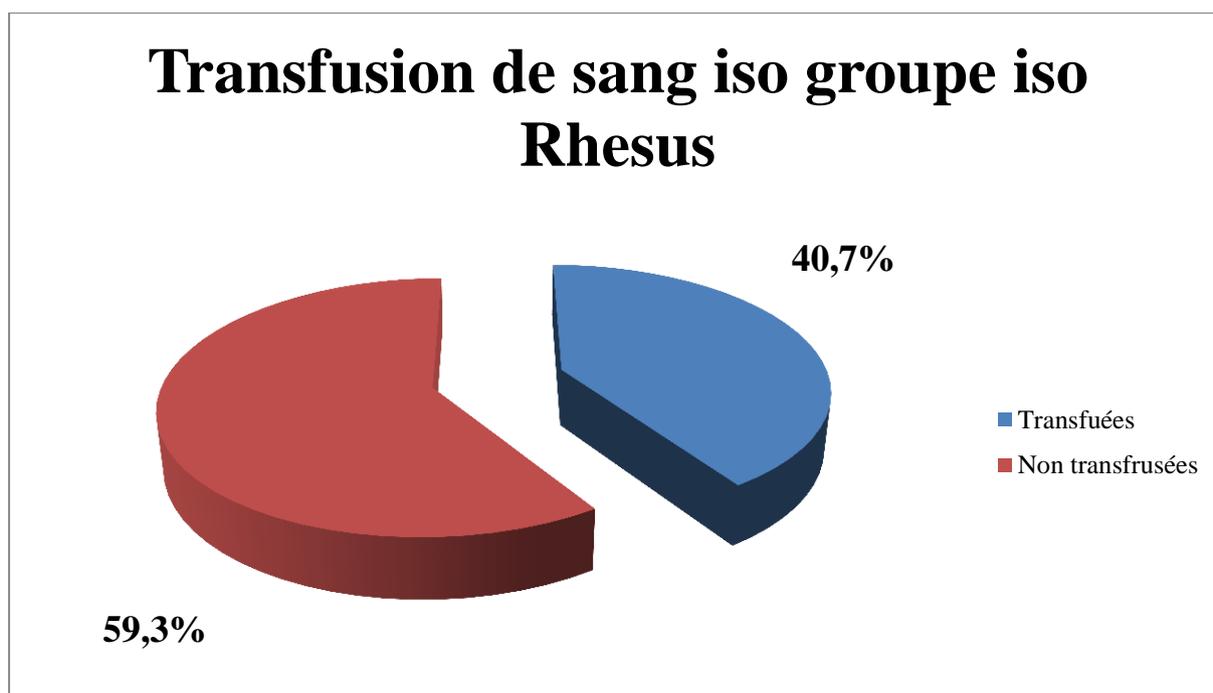


Figure14 : Répartition des patientes en fonction de la transfusion de sang iso groupe iso Rhésus.

La transfusion de sang iso groupe iso Rhésus a été faite chez **40,7%** de nos patientes.

5.1.5. Pronostic materno-fœtal :

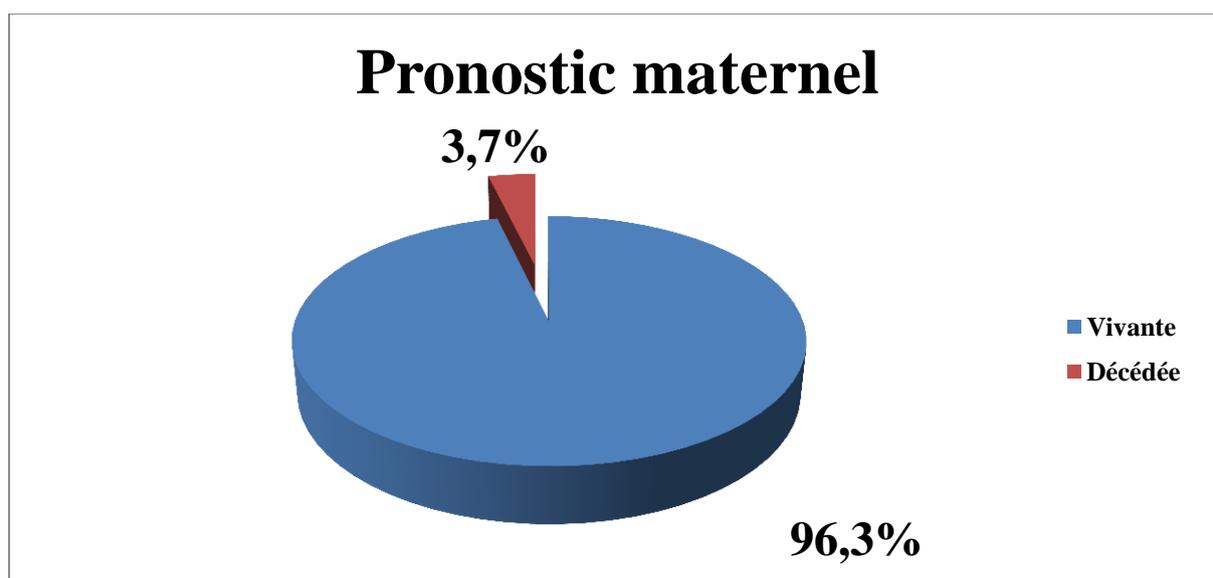


Figure15 : Répartition des patientes en fonction de pronostic maternel.

L'évolution a été favorable chez les mères dans **96,3%** des cas.

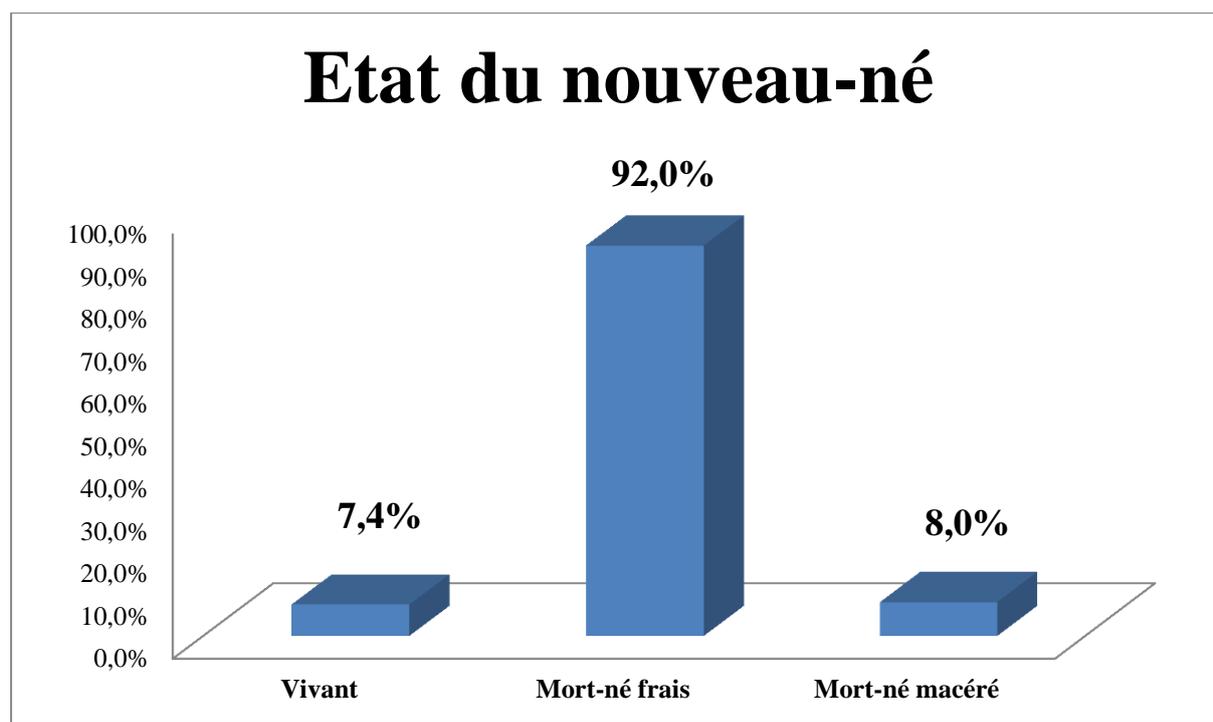


Figure 16: Répartition des patientes en fonction du pronostic du nouveau-né.

Les mort-nés frais ont représenté **92,0%** des cas.

5.2. Résultats analytiques :

Tableau XI : Répartition du pronostic maternel et la tranche de l'âge.

Tranche d'âge	Décès maternel		Total (%)
	Décédée (%)	Vivante (%)	
Moins de 19ans	0 (0)	4 (100)	4 (14,8)
20 à 35ans	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (48,2)
Plus de 35ans	0 (0)	10 (100)	10 (37,0)
Total	1 (3,7)	26 (93,1)	27 (100,0)

p = 0,9024

ddl=2

Fisher Exact = 1,495.

Il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre la tranche d'âge et la survenue des décès maternels.

Tableau XII : Relation entre du pronostic maternel et de la mode d'admission.

Mode d'admission	Pronostic maternel		Total (%)
	Décédée (%)	Vivante (%)	
Evacuée	1 (5,9)	16 (94,1)	17 (63,0)
Référée	0 (0)	8 (100)	8 (29,6)
Venue d'elle-même	0 (0)	2 (100)	2 (7,4)
Total	1 (3,7)	26 (93,1)	27 (100,0)

$p = 0,92227$ ddl=2 Fisher exact =1,607.

Il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre le mode d'admission et le pronostic maternel.

Tableau XIII: Relation entre le mode d'admission et les complications postopératoires.

Complications postopératoires	Mode d'admission			Total
	Evacué	Référée	Venue d'elle-même	
Anémie	10(37,1)	4(14,8)	01(3,7)	15(55,6)
Anémie+Fistule+phlébite	01(3,7)	00(0)	00(0)	01(3,7)
Aucune complication postopératoire	07(25,9)	03(11,1)	01(3,7)	11(40,7)
Total	18(66,7)	07(25,9)	02(7,4)	27(100,0)

$P=0,5791$ ddl=4 Fischer exact=0,6612.

Il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre le mode d'admission et la survenue des complications postopératoires.

TableauXIV:Relation entre le pronostic foetal et la nature de rupture.

Nature de rupture	Etat du nouveau-né		Total (%)
	Mort-né	Vivant	
Complète	25	00	25
Incomplète	00	02	2
Total	25	02	27

$p=0,003$ ddl=1 Fisher exact=14,259.

Il existe une corrélation statistiquement significative entre la nature de rupture et la survenue des décès néonataux.

Tableau XV: Relation entre le mode d'admission et le pronostic du nouveau-né.

Mode d'admission	Pronostic du nouveau-né		Total
	Vivant	Décédé	
Evacué	17	01	18
Référée	06	01	07
Venue d'elle même	02	00	02
Total	25	02	27

$p=0,6932$ ddl=2 Fischer exacte=0,7329.

Il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre le mode d'admission et la survenue décès néonataux.

Tableau XVI:Relation entrele mode d'admission et l'état du mort-né.

Mode d'admission	Etat mort-né (n=25)		
	Frais	Macéré	Total
Evacué	16	01	17
Référée	05	01	06
Venue d'elle même	02	00	02
Total	23	02	25

P=0,633 ddl=2 F=0,9146.

Il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre le mode d'admission et l'état du mort-né.

Tableau XVII : Relation entrele mode d'accouchement etl'état du nouveau-né.

Mode d'accouchement	Etat du nouveau-né		Total
	Mort-né	Vivant	
Laparotomie	24	02	26
Accouchement voie basse	01	00	01
Total	25	02	27

p=0,003 ddl = 1 Test exact de Fisher=0,157.

Il existe une corrélation statistiquement significative entre le mode d'accouchement et la survenue des décès néonataux.

VI. Commentaires & Discussion

VI. Commentaires et discussion :

6.1. Limites de notre étude :

Nous avons réalisé une étude descriptive longitudinale à collecte prospective sur une période de 12 mois. Malgré les difficultés suivantes nous avons atteint nos objectifs :

- L'insuffisance des matériels adéquats pour la prise en charge des ruptures utérines ;
- Le non financement de notre étude.

Nous avons obtenu :

6.1. Frequence :

Pendant la période d'étude, nous avons coligé 27 cas de ruptures utérines pour 2573 accouchements soit une fréquence hospitalière de **1,04%** de cas. Ce taux est nettement supérieur à ceux de **Fané K.** [9], **Diakité I** [7], **Diakité Y.** [24], et **Semé K.** [25], qui ont rapporté respectivement dans leurs études **0,016%** ; **0,003%** et **0,13%** de rupture utérine. Notre fréquence nettement inférieure à celles de **Traoré Y.** [26] et **Valère M K et al.** [27] qui avaient trouvé respectivement dans leurs séries **1,3%** et **2,4%** de fréquence de rupture utérine.

A titre comparatif, nous dirons que la fréquence de la rupture utérine varie d'un pays à un autre et dans le même pays ou dans le même service suivant les époques et suivant le recrutement des malades.

En général, les fréquences sont beaucoup plus élevées dans les pays pauvres que dans les pays fortement médicalisés. Cela s'explique par la gestion des principaux facteurs de risque:

- La diminution de la grande multiparité,
- Le dépistage pré ou per-partum des disproportions foeto-pelviennes,
- La quasi diminution des manœuvres obstétricales.

Notre service étant une structure de deuxième niveau dans la région de Sikasso, cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par :

- Les évacuations tardives ;
- L'insuffisance de la couverture sanitaire;
- Le manque de personnel qualifié ;
- Le mauvais suivi prénatal.

6.3. Caractéristiques sociodémographiques :

L'âge moyen de nos patientes était de **31,75±6,59 ans** avec des extrêmes de 16 et 45ans. Ce même constat a été fait chez beaucoup d'autres auteurs [7][8]. La tranche d'âge de 20 à 35 ans a été la plus représentée avec **59**, **3%** des cas. Cette tranche d'âge correspond à la période d'activité génitale intense.

La majorité des patientes touchées par la rupture utérine venaient du milieu rural **85%**. Seulement **15%** étaient de Koutiala ville. La plus part des patientes recensées venaient de plus de 85Km de Koutiala ville. Le retard à l'admission constitue l'un des facteurs de rupture utérine.

Le délai d'admission au CS Réf de Koutiala a été de 2 heures 30 min chez **50,85%** de nos patientes avec des extrêmes de 15 min et 4 heures 30 min

La parité moyenne était de **6,30 ± 3,036 naissances** avec des extrêmes de 1 et 12 naissances ; les grandes multipares ont représenté **63,0%** suivies des multipares **18,5%**.

Notre prédominance des multipares est conforme à celles de **Camara S.** [28] et **Bako M.**[22]. Ce résultat s'explique par le fait, que la grande multiparité est un facteur de risque de rupture utérine en raison de la fragilité de la paroi utérine qu'elle entraîne.

En effet, l'intervalle inter-génésique moyenne inférieur à 24 mois, la multiparité, la fragilisation de l'utérus par une cicatrice antérieure, les tentatives d'accouchement à domicile pourraient contribuer à augmenter la fréquence des ruptures utérines dans notre pays.

Une patiente non instruite est moins prompte à recourir vers les structures de la santé en raison de la méconnaissance des signes de danger au cours de la grossesse. Ainsi la majorité de nos patientes était non scolarisée (70,4%) et 100% des patientes n'avaient réalisé aucune CPN. D'où la nécessité d'insister auprès des prestataires du niveau périphérique sur l'intérêt d'appliquer le concept de CPN recentré avec entre autres la consultation prénatale du 9^{ème} mois qui devrait permettre d'évaluer le pronostic de l'accouchement afin de référer les patientes à temps.

Les patientes ont été référées et/ou évacuées vers le CSRef de Koutiala dans **92,6%** des cas. Notre taux de référence/évacuation est similaires à ceux rapportés par **Traore Y.[26]** et **Fane K.[9]** avec respectivement **93,3%** et **92,9%**.

Les ATCD d'interventions chirurgicales sur l'utérus et les trompes peuvent constituer un facteur de risque de rupture utérine. Ainsi 33,3% des patientes avaient un antécédent de césarienne. **Diakité Y.[24]**, **Koita R.[29]**, **Fané K[9]** et **Bako M.[22]** au Mali ont rapporté respectivement **38,8%**, **97,8%** ; **24,2%** et **37,7%** d'utérus cicatriciel. Les patientes avaient un intervalle intergénésiq ue inférieur ou égal à 2 ans dans **22,2%**.

Intergénésiq ue court est un facteur contribuant à une mauvaise récupération histologique du muscle utérin, le fragilisant au fur et à mesure des grossesses futures favorisant ainsi la rupture utérine [30].

6.3. Données cliniques :

La rupture utérine est survenue dans **92,6%** au cours de l'évacuation vers le CSref de Koutiala et **7,4%** sont survenues au sein du CSRéf. Notre taux de rupture utérine survenue au cours de l'évacuation est supérieur aux données de la revue de la littérature au Mali. Ainsi **Traore Y.[26]** , **Sanogo AC.[30]** , **Fane K[12]** et **Bako M.[22]** ont rapporté dans leurs études un taux de rupture utérine au cours de l'évacuation dans respectivement : **84,4%**, **28,7%** **71,7%** et **33,8%**. Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par le fait, que le CSRéf est

très éloigné des aires de santé périphérique mais aussi par un manque de préparation à l'accouchement, de manque de personnels qualifiés dans les CSCom et maternités rurales, le mauvais état des infrastructures routières et les accouchements non assistés par un personnel qualifié.

Les ruptures utérines spontanées surviennent souvent pendant le travail en cas de dystocie maternelle ou fœtale [31]. Dans notre étude, toutes les ruptures utérines étaient survenues pendant le travail. Les ruptures utérines spontanées étaient les plus concernées dans 63% des cas, l'usage abusif d'ocytocine dans **29,62%** des cas et l'expression utérine dans **7,4%** des cas. Constat aussi fait par **Koné et al.**[32] qui a révélé qu'en Afrique noire 45 à 85 % des ruptures utérines ne surviennent que de façon spontanée. Par contre dans les pays industrialisés, la principale cause de rupture utérine est la désunion de cicatrice de césarienne : **Fedorkowa et al.**[33] au Canada dans une série de 15 ruptures utérines avait trouvé sept (7) cas de désunion de cicatrice de césarienne et **Shu Quaoi et al.**[34] avait trouvé 20 cas sur une série de 50 ruptures utérines.

Un syndrome de pré rupture a été retrouvé à l'admission chez **36,0%** des cas et BDCF étaient absents dans **81,5%** des cas.

6.5. Aspect anatomo-pathologique :

Il s'agit d'une rupture utérine complète dans **93%** et incomplète dans **7%** des cas. **Sanago AC.**[30] et **Bako M.**[22] au Mali dans leurs séries ont rapporté respectivement des taux de 62,5%, 63% de ruptures utérines complètes contre 37,5% et 37% de ruptures utérines incomplètes.

Le Siège de la rupture utérine était segmentaire dans **78%** des cas et segmento-corporelle dans **22%**. Le même constat a été fait par **Bako M.**[22] et **Traoré Y.**[26] avec respectivement **45%** et **83,2 %** des ruptures utérines segmentaires. Nous avons trouvé un seul cas de lésion associée à la rupture utérine, il s'agissait d'une lésion vésicale soit **3,7%**.

6.6. Aspect thérapeutique :

La rupture utérine est une urgence obstétricale dont la prise en charge demande rapidité et efficacité. Le traitement de toute rupture reconnue est d'abord chirurgical. Plusieurs auteurs insistent à dire que la technique utilisée doit tenir compte de certaines considérations qui sont: le type de rupture, sa direction, son délai, l'état général de la malade, l'âge, la parité, le niveau d'instruction, le plateau technique, l'expérience de l'anesthésiste, le désir de procréer et l'expérience du chirurgien. Il est encadré par la réanimation pré, per et postopératoire. Son but est d'assurer une hémostase correcte des lésions et si possible les réparer. Le taux de transfusion de sang iso groupe iso Rhésus a été de **59,3%**. L'hystérorraphie était le traitement chirurgical le plus pratiqué : **85,2%** des patientes. Ce taux est inférieur à celui de **Guyot et al.**[35] en France (100%), **Yap et al.**[17](90.5%), **Diaz et al.**[36] (86%) aux Etats Unis et **Fane K.**[9] (**91,7%**) au Mali. En revanche il est supérieur à celui des séries africaines, notamment celle de **Ezegwui et al.**[37] (60,9%) ; Cisse et al(22%) ; **Vangeenderhuysen et al.**[5] (21%) et **Abouleth et al.**[12](16,7%), **Camara**[28](**40%**) au Mali.

Nous avons effectué une hystérectomie interanexielle dans **14,8%** des cas. Notre résultat est inférieur à celui de **Gueye** [38] qui avait rapporté **29,7%** de cas d'hystérectomie.

Le taux élevé de réparation utérine dans la présente étude pourrait s'expliquer par la réduction du temps écoulé entre le diagnostic et la mise en route du traitement. La parité de nos patientes (multipares majoritairement) a dû également jouer un rôle dans la décision. Cette prise en charge est médico-chirurgicale faisant appel à la transfusion sanguine et une laparotomie d'urgence.

6.7. Pronostic materno-fœtal :

La rapidité du diagnostic et du traitement chirurgical permet d'améliorer le pronostic materno-fœtal. Nous avons trouvé un cas de fistule vesico vaginale

soit **3,7%** et l'anémie a été la complication postopératoire la plus fréquente avec **63,0%** des cas. Nous n'avons pas observé de corrélation statistiquement significative entre le mode d'admission et la survenue des complications postopératoires ($p=0,5791$).

La mortalité maternelle était de **3,7%** dans notre étude soit un (1) cas. Il s'agissait d'une patiente qui est, décédée dans un tableau de choc hypovolémique. Il ressort de notre étude que le mode d'admission et l'âge n'influent pas sur la survenue des décès maternels ($p=0,92227$; $p=0,9024$). La mortalité maternelle est beaucoup plus importante et moins bien évaluée dans les pays à faible développement socio-sanitaire. **Fane K.**[9] et **Bako M.**[22] au Mali ont rapporté respectivement **2%** et **9,4%** des cas de mortalité maternelle dans leurs séries. Elle était de **11,26%** dans l'étude de **Abouleth et al.**[12] en Côte d'Ivoire et **17,1%** dans celle de **Sepou et al.**[4] en Centre Afrique. Une note d'espoir est à relever car certaines études ont des taux de mortalité maternelle assez bas, témoignant de l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales et du plateau technique. La mortalité était de **4,6%** dans l'étude de **Vangeenderhuysen et al.**[5] au Niger et **4,9%** dans celle de **Ezegwui et al.**[37] au Nigeria. En effet, la survie maternelle est améliorée quand le suivi post opératoire est assuré de manière souhaitable.

Le pronostic fœtal est catastrophique surtout en Afrique où les patientes arrivent tardivement au CS Réf au stade de rupture confirmée. La mortalité fœtale reste par contre fort élevée dans tous les cas, comprises entre **87,8%** et **100%** : **Ezegwui et al.**[37], **Cisse et al.**[39], **Lankoandé et al.**[13] et **Abouleth et al.**[12]. La mortalité fœtale a été **92,6%** dans notre étude. Ce taux est supérieur à ceux de **Fane K.**[9] et **Bako M.**[22] au Mali qui ont trouvé respectivement **83,9%** et **82,6%** de mortalité fœtale.

Nous avons enregistré **7,4%** de nouveaux nés vivants qui ont fait une souffrance fœtale au début. Ce taux est inférieur à ceux de **Fane K.**[9] et **Bako M.**[22] qui ont observé respectivement **16,2%** et **15,5%** dans leurs séries. La rupture

complete favorise la survenue des decès neonatals (**p=0,003**). Le mode d'admission et la methode de traitement n'influent pas de facon positive sur la survenue des deces neonatals (**p=0,693 ; p=0,8714**).De même nous n'avons pas observé de corrélation statistiquement significative entre le mode d'admission et l'état du mort-né (**P=0,633**).

VII. CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

VII. Conclusion et recommandations :

7.1. Conclusion :

Cette étude descriptive nous a permis d'observer une fréquence communautaire non négligeable de rupture utérine. Il s'agit d'une pathologie de la période d'activité génitale intense (20 à 35ans). Elle survenait au cours de l'évacuation sanitaire de façon spontanée. La rupture utérine complète et segmentaire était la plus fréquente.

C'est une urgence obstétrico-chirurgicale dont la rapidité du diagnostic et du traitement chirurgical a permis d'améliorer le pronostic maternel, mais par contre la mortalité fœtale reste toujours élevée dans notre cercle. L'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales et du plateau technique permettra d'améliorer morbidité materno-fœtale imputable à cette pathologie.

7.2. Recommandations :

Au terme de notre étude, nous avons formulé les recommandations suivantes :

❖ A la population :

- Fréquentation des centres de santé pour les consultations prénatales ;
- Accouchement dans les structures sanitaires.

❖ A l'endroit des agents socio sanitaires :

- Intensification de la CCC à l'endroit des populations en occurrence 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.
- Consultations prénatales de qualité (CPN recentrée).
- Utilisation du partogramme dans la surveillance du travail d'accouchement surtout au sein des CScom.
- Référence systématique toute gestante à risque (hauteur utérine supérieure ou égale à 36 cm, ATCD d'intervention sur l'utérus, les grandes multipares).
- Référence à temps les patientes vers le CSRéf.

❖ Aux autorités sanitaires:

- Amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales au niveau du CS Réf de Koutiala.
- Améliorer le plateau technique du CS Réf de Koutiala.
- Recrutement de personnel qualifié pour tous les CScom (Médecin, sage Femme).
- Dotation du CSRéf d'un service de réanimation.
- Développement et amélioration des moyens de transport et l'état des routes.
- Récyclage des agents de santé qui sont au niveau des CSCom.
- Disponibilité du sang au niveau de la mini banque de sang du CS Réf de Koutiala.

- Financement les projets d'étude des doctorants en médecine.

VIII. REFERENCES

VIII. Références :

1. Merger R, Levy J et Melchior J. : Précis d'Obstétrique, 6ème édition, Masson, Paris ; 2001; 624p.
2. Guiliano M, Closset E, Therby D, LeGoueff F, Deruelle P, Subtil D. Signs, symptoms and complications of complete and partial uterine ruptures duringpregnancy and delivery. Eur J ObstetGynecolReprod Biol. 2014 Aug;179:130-4.
3. Pérez-Adán M, Alvarez-Silvares E, García-Lavandeira S, Vilouta-Romero M, Doval-Conde JL. GinecolObstet Mex. 2013 Dec;81(12):716-26.
4. Sepou A, Yanza MC, Nguembi E, Ngbale R, Kouriah G, Kouabosso A et al. Les ruptures utérines à la maternité de l'hôpital Communautaire de Bangui (Centrafrique). Med Trop (Mars). 2002;62(5):517-20.
5. Vangeenderhuysen C, Souidi A. Rupture utérine sur utérus gravide : étude d'une série continue de 63 cas à la maternité de référence de Niamey (Niger). Med Trop. 2002 Mars;62(6):615-8.
6. Diallo MH, Balde IS, Mamy MN, Diallo BS, Balde´ O, Barry AB, Keita N. Rupture utérine : aspects sociodémographique, étiologique et prise en charge à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry, Guinée. Med Sante Trop 2017 ; 27 : 305-309. doi : 10.1684/ mst.2017.0695.
7. Diakité I. La rupture utérine au Cs réf de Koutiala. Thèse de médecine Bamako 2010 ; 283 : 89.
8. Diakité M. : Les ruptures utérines. A propos de 4 cas observés à Bamako. Thèse de Médecine, Bamako, 1995 ; N°1 : 71.
9. Fané K. La rupture utérine au centre de santé de référence de Bougouni : aspects cliniques thérapeutiques et pronostic. Thèse de Médecine, Bamako 2014; 271: 103.

10. Direction Nationale de la Santé (DNS) : Protocole des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, Novembre 2006, MALI ; 59 p.
11. Traoré M. La ligature des trompes : indication au cours de la césarienne : à propos de 91 cas colligés en 3 ans dans le service de Gynécologie - Obstétrique de l'hôpital national du Point « G » à Bamako et Mopti. Thèse de médecine, Bamako, 1991 ; 14 : 99.
12. Abauleth YR, Koffi AK, Cisse ML, Boni S, Djanhan Y, Janky E. Pronostic de la rupture utérine au cours du travail : A propos de 293 cas colligés au chu de Bouaké (Côte D'ivoire). Méd Trop 2006 ;66(5) :472-476.
13. Lankoandé J, Ouédraogo CMR, Touré B, Ouédraogo A, Akotionga M, Sano D, Dao B, Koné B. A propos de 80 cas de ruptures utérines à la Maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou, Burkina Faso. J GynecolObstet Biol Reprod1997; 26 : 715-719.
14. Bujold E, Gauthier RJ. Neonatalmorbidityassociatedwithuterine rupture. Am J ObstetGynecol . 2002 Feb;186(2):311-4. doi: 10.1067/mob.2002.119923.
15. Zwart JJ, Richters JM, Ory F, de Vries JI, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J. Uterine rupture in The Netherlands:anationwide population-basedcohortstudy. BJOG. 2009 Jul;116(8):1069-78.
16. Menihan CA. Uterine rupture in womenattempting a vaginal birthfollowingpriorcesareanbirth. J Perinatol. 1998 Nov-Dec;18 (6 Pt 1):440-3.
17. Yap OW, Kim ES, Laros RK Jr. Maternal and neonataloutcomesafteruterine rupture in labor. Am J ObstetGynecol. 2001 Jun;184(7):1576-81.
18. Amate P, Séror J, Aflak N, Luton D. Rupture utérine pendant la grossesse in EMC d'obstétrique 5-080-A-10 . Elsevier Masson SAS. 2014. France.

19. Lansac J, Berger C et Magni G. Obstétrique : Collection pour le praticien, 4ème édition. Paris : Masson, 2003 ; 469 p.
20. Cassagnol C, Rudigoz RC. Grossesse et utérus cicatriciel. Encycl Méd Chir. Obstétrique, 2003, (1) 5-016-D-20.
21. Universités de Fribourg, Lausanne et Berne Suisse, <http://www.embryology.ch/francais/gnidation/role01.html>. lundi 04 Mars 2019 à 19H29 minutes.
22. Bako M M. Etude épidémiologique, thérapeutique et pronostique de la rupture dans le service de gynécologie obstétrique du CHU-GT. Thèse de médecine 2019 ; 360 : 149.
23. Koné M. Rupture utérine au cours de la grossesse. EMC 1995; 5-080-A-10.
24. Diakité Y. La rupture utérine au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. A propos de 139 cas de 2005 à 2009. Thèse de Médecine, Bamako, 2011, N°267 :97.
25. Semé K. Rupture utérine à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou thèse de médecine Bamako 2010 ; 443 :83.
26. Traoré Y. Les ruptures utérines à l'Hôpital National du Point « G »: facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques (à propos de 180 cas). Thèse de Médecine Bamako, 1996, No 27.
27. Valère M K, Henri E, Julius D S, Pascal F, Bénédicte M E. Panafricain médical Journal : Accouchement sur utérus cicatriciel dans les pays à faibles ressources: circuit de prise en charge et devenir materno-fœtal. Pan African Medical Journal. 2018; 30 : 255. [doi: 10.11604/pamj.2018.30.255.15678]. Available online at: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/30/255/full>.
28. Camara S. : Problématique de la rupture utérine dans le service de gynécologie obstétrique du CHU point g (à propos de 84 cas). Thèse de médecine Bamako 2015 n 170.

29. Koita R. Aspect épidémiolo-cliniques et thérapeutiques de la rupture utérine au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de Médecine, Bamako 2017 ; N0121 : 89.
30. Sanogo A C. Rupture utérine au centre de santé de référence de Kadiolo. Thèse de médecine Bamako 2009 ; 271 : 75.
31. Lansac J, Berger C, Magnin G. Obstétrique pour le praticien, 6ème éd., Elsevier Masson Paris, 10/2013 : 584p. ISBN : 9782294727641. EISBN : 9782294732799.
32. Koné M, Diarra S. Ruptures utérines au cours de la grossesse. *Encycl Med Chir (Paris-France) ; Obstétrique ; 5-080 à 10 ; 1995 ; 7 p.*
33. Federkova DM, Nimrod CA, Taylor PJ. Rupture of uterus in pregnancy, a Canadian hospital experience. *Obstet and Gyn. Survey 1998 ; 2 : 98.*
34. Qiaomei S. La rupture utérine à propos de 50 cas. *Guanxi Médical 1995 ;16 : 398.*
35. Guyot A, Carbonnel M, Frey C, Pharisien I, Uzan M, Carbillon L. Uterine rupture: risk factors, maternal and perinatal complications. *J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2010 May;39(3):238-45.*
36. Diaz SD, Jones JE, Seryakov M, Mann WJ. Uterine rupture and dehiscence: ten-year review and case-control study. *South Med J. 2002 Apr;95(4):431-5.*
37. Ezegwui HU, Nwogu-Ikojo EE. Trends in uterine rupture in Enugu, Nigeria. *J Obstet Gynaecol. 2005 Apr;25(3):260-2.*
38. Gueye L, Thiam M, Niang MM, Ba PA, Mahamat S and Cisse ML. Ectopic Pregnancy at the Thiès (Sénégal) Regional Hospital: A Study of Diagnostic, Therapeutic and Prognostics. *Austin J Obstet Gynecol. 2017; 4 (2) : 1073.*

39. Cisse CJ, Faye EO, De Bernis L, Diadhiou F. Rupture utérine au Sénégal : épidémiologie et qualité de la prise en charge Med Trop (Mars). 2010;62(6):619-22.

ANNEXES

Iconographie :



Figure 16: Rupture utérine segmentaire.



Figure 17 : Rupture utérine segmento-corporelle.

Fiche d'enquête :

Fiche n: /.../.../...../

I-Identification de la patiente

Date d'entrée: /..../..../..../

Prénom(s) et nom : **Age :**

Ethnie : **Résidence :** **N° Tel :**

Commune de : **Cercle de :**

Statut matrimonial : 1=mariée 2=célibataire 3=divorcée 4=veuve

Niveau d'étude : instruite : **1=Oui** **2=Non**

Si oui : 1=primaire 2=secondaire 3=supérieur 4=autres à préciser

Occupation : 1=ménagère 2=élevé/étudiant/diplôme sans emploi 3=salariée

4=commerçante 5=autres a précisé.

II-Admission :

Mode d'admission : 1=évacuée 2=référée 3=venue d'elle-même

Moyen de transport : 1=ambulance 2=transport en commun (taxi) 3=voiture personnelle 4=autres a précisé.

Provenance..... **Distance parcourue :**

Heure d'admission au centre ayant référé :

Heure de prise de décision d'évacuation :

Horaire fixe de départ effectif :

Date et heure d'arrivé au centre.....

Délai d'admission (délai entre décision d'évacuation et d'admission aux CSREF).....

Délai de prise en charge.....

Motif d'évacuation :

Fiche de référence : 1=Oui 2=Non

Partogramme : 1=Oui 2=Non si oui : 1=Bien rempli 2=mal rempli

III-Antécédents :

Médicaux :

Chirurgicaux :

- | | | |
|------------------------------------|--------|--------|
| 1. césarienne | 1. Oui | 2. Non |
| 2. Myomectomie | 1. Oui | 2. Non |
| 3. Cure de fistule vésico-vaginale | 1. Oui | 2. Non |

Obstétricaux :

Gestité : Parité :

Nbre d'enfant vivant : Intervalle inter génésique :

Nbre de césarienne : Date de la dernière césarienne :

IV-Grossesse actuelle : Age : SA

CPN : Nombre :/...../...../

Qualification de l'auteur :

Lieu :

Bilan biologique obligatoire : 1=complet 2=Incomplet

Groupage Rhésus : 1=fait 2=Non fait

V Travail : Début : date : /...../...../.../ heure :

Déroulement du travail : 1=à domicile 2=au CSCOM 3=CS Réf

VI-Examen physique à l'entrée : Général : TA : T :

..... Pouls : Conjonctives et muqueuses :

Obstétrical : HU : Nbre de CU/10mn :

Variété de présentation :

BCF : 1=présents 2=absents

Bassin : 1=normal 2=Limite 3=Rétréci

VII-Examens para cliniques : GR..... taux Hb..... taux Hte.....

VIII-Diagnostic de la R.U :

Diagnostic : 1=préopératoire 2=per opératoire 3=post opératoire

Les étiologies des ruptures : 1=Ocytocine 2=expression utérine 3=spontanée

IX. Lésions :

Nature de rupture : 1=complète 2=Incomplète

Siège : 1=segmentaire 2=corporeale 3=segmento-corporeale

Lésions associées : 1=Oui 2=Non

X- Méthode de traitement : 1=Raphie sans ligature tubaire 2=Raphie avec ligature tubaire 3=Hystérectomie

XI Mode d'accouchement : 1=Accouchement voie basse 2=laparotomie

XII Evolution : 1=Suites simples 2=Complications 3=Décès

Si complication préciser : 1=Infection pariétale 2=Endométrite 3=Péritonite
4=Septicémie 5=Anémie 6=Phlébite 7=autres.

Transfusion de sang iso groupe iso rhésus : 1=Oui 2=Non

Nouveau-né :

Vivant.....

Mort-né : Frais..... Macéré.....

Fiche signalétique :

Nom : TRAORE **Prénom :** Mahamadou

Email : forolajoie@gmail.com

Titre de la thèse : Aspectsépidémio-cliniquethérapeutiqueset pronostics de la rupture utérine au CS Réf de Koutiala.

Année universitaire : 2019-2020

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Secteur d'intérêt : Service de gynéco-obstétrique, néonatalogie, CS Réf de Koutiala, santé publique/santé communautaire.

RESUME :

Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude descriptive longitudinale à collecte prospective allant du 1^{er} Janvier 2019 au 31 décembre 2019 soit une période de 12 mois dans le service de gynéco-obstétrique du CS Réf de Koutiala. Ont été incluses dans notre étude toutes les patientes admises pour rupture utérine dans le service pendant la période d'étude.

Résultats :

Pendant la période d'étude, nous avons colligé 2573 accouchements parmi lesquels les ruptures ont représenté 27 cas soit une fréquence hospitalière **1,04%**. L'âge moyen de nos patients était de **31,75±6,59 ans** avec des extrêmes allant de 16 et 45 ans. Les patientes évacuées (**63,0%**), à bord d'une ambulance avec **81,5%**. La pré-rupture a été le motif d'évacuation dans **36,0%** des cas. Elles ont été référées avec une fiche de référence dans **74,1%** des cas, sans partogramme dans **51,9%** des cas et avec des partogrammes mal renseigné **76,9%** des cas. Les patientes avaient un utérus cicatriciel avec **33%** des cas. Les diagnostics ont été posés en préopératoire (**89%**) de type complète (**92,6%**) et segmentaire (**77,8%**) des cas. Les ruptures survenaient de façon

spontanée (**63%**) associées à une fistule vésicale. L'hystérogaphie a été pratiquée chez **81,50%** de nos patients. L'évolution a été favorable chez les mères (**96%**)et l'anémie la complication postopératoire la plus fréquente (**63,0%**). Les mort-nés frais ont représenté **92,0%** des cas. Il existe une corrélation statistiquement significative entre la nature de rupture et la survenue des décès néonataux (**p=0,003**).Il existe une corrélation statistiquement significative entre le mode d'accouchement et la survenue des décès néonataux (**p=0,003**).

Conclusion:

Cette étude descriptive nous a permis d'observer une fréquence communautaire non négligeable de rupture utérine. C'est une urgence obstétrico-chirurgicale dont la rapidité du diagnostic et du traitement chirurgical a permis d'améliorer le pronostic maternel, mais par contre la mortalité fœtale reste toujours élevée dans notre cercle.

Mots clés :*Rupture utérine, épidémiologie, cliniques, thérapeutiques et pronostics, CS Réf de Koutiala.*

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !