

Ministère de l'Education
de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple-Un But-Une Foi



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

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE :2022-2023

N° :

...../

THESE :

**LA RUPTURE UTERINE A L'HÔPITAL
FOUSSEYNI DAOU DE KAYES SUR UNE
PERIODE DE 10 ANS**

Présentée et soutenue publiquement le/...../2023

Devant la faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie

Par : **M. Issa DAOU**

Pour l'obtention de Grade de Docteur en médecine (**DIPLOME D'ETAT**)

JURY :

PRESIDENT : Pr. Bakary Tientigui DEMBELE

MEMBRES : Pr. Amadou BOCOUM

Pr. Almeimoune Abdoul Hamidou

CO-DIRECTEUR : Dr. Sitapha DEMBELE

DIRECTEUR : Pr. Youssouf TRAORE

Au nom d'ALLAH, le tout miséricordieux, le très miséricordieux.
Je rends grâce à ALLAH, le tout puissant, le clément. Par sa bonté et sa grâce, il m'a été possible de mener à terme ce travail. Fasse que je me souviene de sa miséricorde en toute circonstance, à chaque instant de ma vie.

DÉDICACES

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 mon grand-père feu **Soungalo Daou** :

Tu étais une personne avec tellement de qualités que je ne saurais les citées.

Vous nous avez été violemment arrachés de nos bras mais nous appartenons tous à ALLAH et c'est vers lui que nous retournerons. Cher grand parent nous ne cesserons jamais de vous remercier et prier pour le repos éternel de votre âme au paradis. On ne vous oubliera jamais.

À ma mère **Ami Traoré** :

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

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

Puisse ALLAH vous garder encore longtemps auprès de nous afin que vous puissiez goûter aux fruits de votre labeur. Amine

Je t'aime maman chérie.



À mon père **Ibrahima Daou** :

Vous êtes 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 votre fils et je ferai tout ce qui est à mon pouvoir pour que vous puissiez être fier de moi.

Puisse ALLAH vous garder auprès de nous pour que vous puissiez continuer à être fier de nous. Amine

À ma femme **Farima Diarra** :

Tu es exceptionnelle, patiente, courageuse. Tu m'as toujours soutenue, comprise, et réconforté. Merci pour ta tendresse, ton amour, ton attention, ta patience, et tes encouragements. Je reste sans voix devant la grandeur de ton âme, ta disponibilité, ton soutien sans fatigue. Je laisse le soin au tout puissant de te combler de sa grâce et miséricorde. Puisse Dieu nous comble de bonheur, de santé, et nous procure une longue vie. Trouve dans ce travail mon sincère amour et ma reconnaissance.

Qu'Allah te bénisse. Amine

À mes frères et sœurs : **Mariam Daou, Abdoul Wahab Daou, Kadiatou Daou et Abdoulaye S Daou** :

Vous êtes la prunelle de mes yeux, ma source d'inspiration et de motivation au quotidien. Grâce à vous je sais que j'aurai toujours des gens sur qui compter dans la vie. Vous rendre fiers, faire bonheur est ce en quoi j'aspire car rien ne vaudra jamais la famille et je serai toujours là pour vous.

Je prie Dieu pour qu'il vous accorde une longue et pieuse vie ainsi que le bonheur absolu.

REMERCIEMENTS :

➤ **A Allah**, le Tout Puissant, le miséricordieux, le maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté, tout au long de mes études. Qu'il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence.

Je te rends grâce de m'avoir donné la force et la détermination pour la réalisation de ce travail.

➤ **A son Prophète** (paix et salut sur lui)

A la FMOS :

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

A tout le corps professoral à la FMOS, ce travail est avant tout le vôtre pour la qualité de l'enseignement.

A toute la 11ème promotion du numerus clausus. Ce travail est le vôtre.

Mes remerciements vont à l'endroit de tout le personnel de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Mes sincères remerciements à mes encadreurs :

A Dr Mahamadou Diassana,

Transmettre sa connaissance et son savoir-faire aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeurs inestimables. C'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves. En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir. Vous n'avez ménagé ni votre temps ni votre patience dans la rédaction de cette thèse. Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite et de votre savoir-faire. Votre caractère social hautement apprécié fait de vous un personnage de classe exceptionnelle. Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude

A Dr Ballan Macalou,

Vous êtes pour moi un excellent encadreur, votre apport au cours de ma formation a été inestimable. La rigueur scientifique et les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration. Merci pour la qualité de

l'enseignement et la disponibilité constante. Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs et la réussite de toutes vos entreprises.

Je vous présente mes sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement que vous nous avez offert.

A Mr Ibrahima Dembourou Sow (tonton Sow) : Tu m'as accueilli et m'a traité comme un frère, un fils, ton apport a été inestimable. Ce travail est le tien

A toutes les sages-femmes, infirmières obstétriciennes et infirmiers d'état de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes : vous vous êtes investies, en mettant votre dynamisme, votre compétence et chaleur humaine au service des stagiaires.

A Dr Traoré Ousmane B et sa famille.

Je voudrai vous signifier toute ma reconnaissance et mon profond attachement. Sachez que je serai toujours là pour vous. Votre hospitalité, votre humanisme ont été sans faille, vous m'avez beaucoup admiré. Accordez-moi l'occasion d'exprimer ma reconnaissance pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A mon Grand-frère Diofolo dit Baba Diarra et sa famille

Homme sociable, passionné de la connaissance et du savoir, vous vous êtes totalement investi pour mon éducation.

Vous nous avez appris le sens de l'honneur, de la dignité, de la morale et du travail bien fait. Que cette thèse m'offre l'occasion de me rendre digne de vous. Que Dieu vous donne longue vie à nos côtés. Amen

A mon tuteur tonton Moustapha Bagayoko et sa famille

Homme généreux, respectueux, attentionné, je vous remercie pour votre soutien et sacrifice en réunissant toutes les conditions nécessaires pour ma réussite. Je suis fier d'avoir un tonton comme vous. Vous êtes pour moi un exemple de bonté et d'humanisme. Trouvez, vous ainsi que l'ensemble des membres de la famille Bagayoko, ici mon affectueux attachement à vous. Que Dieu vous bénisse.

A mes Tontons : Adama Daou, Bouba Daou, Souleymane Daou, Oumar Coulibaly, Bamody Dembélé, je vous remercie pour votre accompagnement et vos soutiens indéfectibles durant ce parcours. Que le tout puissant vous accorde longue vie.

A mes tantes

Batoma Bagayoko, Mariam Bagayoko, Kadiatou Coulibaly, vous avez été pour moi comme des secondes mères. Merci pour vos bénédictions.

A mes Frères, sœurs, cousins et cousines :

Pour le réconfort moral et le soutien que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'études. Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix, je suis sûr qu'elle reste toujours sacrée entre nous.

J'ai toujours pu compter sur vous quel que soit le moment.

Restons toujours unis et soyons à la hauteur de l'attente de nos parents.

Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers.

Que Dieu renforce nos liens.

A mes aînés Docteur :

Konaté El Bassir, Ongoiba Mahamadou, Koné Alfousseyni, Traoré Moussa B, Koita Bakary, Jean pierre Koné, Kantara Daou, Adama Tangara, Bréhima Traoré, Bah Sidibé, Salif Bocoum, Faly Niang, Issiaka Dolo, Mamadou C Diallo, Mahamadou Baldé, Salif Kanouté, Falaye Kéita, Daouda Fomba, Minata Doumbia. Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous.

A tous les internes et étudiants de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes :

Robert Diarra, Mahamadou Diakité, Ramata Traoré, Ousmane Diah, Alpha Oumar Diallo, Boubou K Diallo, Pierre Minimorro, Famory Kamissoko courage et bonne chance.

A mes amis :

Dr Cissé Ibrahim, Dr Sidibé Bamody, Dr Diallo Mahamadou, Dr Makadji Gaoussou, Dr Diarra Karim, Dr Traoré Check Abou, Dr Konaté Oumar, Dr Diabaté Moussa, Dr Mallé Sékou, Mamadou Coulibaly (Nel B), Modibo Diarra, Mody Diarra, Mamoutou Sissoko, Chaka Traoré, Adama Soumbounou, Moussa Coulibaly, Yaya N'Diaye. Les bons comme les mauvais moments qu'on a partagés ensemble n'ont fait que consolider nos liens. Que Dieu vous bénisse mes frères d'autres mères.

A l'association des étudiants ressortissants de Kayes et sympathisants (**AERK**)
À tous les professeurs qui m'ont enseigné du cycle fondamental à l'université.
À tous ceux qui ont contribué de quelque façon que ce soit à l'élaboration de ce
modeste travail.

**HOMMAGE
AUX MEMEBRES
DU JURY**

A notre maître et président du jury : Pr Bakary Tientigui Dembélé

- **Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS.**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.**
- **Chargé de cours à l'institut National de Formation en Science de Santé (INFSS) de Bamako.**
- **Membre de la Société des Chirurgiens du Mali (SO.CHI.MA)**
- **Diplômé en pédagogie en science de la santé à l'université de Bordeaux ;**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Colo-proctologie ;**
- **Membre du collège Ouest Africain de Chirurgie (WACS)**
- **Membre de l'Association Française de Chirurgie**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A. F)**

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 :

Pr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE

- **Professeur agrégé en anesthésie-réanimation à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Praticien hospitalier du CHU Gabriel Touré ;**
- **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 ;**

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 :

Pr Amadou BOCOUM

- **Professeur agrégé de gynécologie-obstétrique a la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE ;**
- **Secrétaire général adjoint de la Société Malienne de la Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO) ;**
- **Membre de la Société Africaine de la Gynécologie-Obstétrique (SAGO) ;**
- **Titulaire d'un diplôme interuniversitaire d'échographie en gynécologie et obstétrique en France ;**
- **Titulaire d'un diplôme interuniversitaire de coelioscopie en gynécologie en France.**

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 :

Dr Sitapha DEMBELE

- **Gynécologue-Obstétricien ;**
- **Praticien hospitalier à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes ;**
- **Titulaire d'un master en santé de la reproduction ;**
- **Membre de la Société Malienne de la Gynécologie Obstétrique (SOMAGO) ;**
- **Membre de la Société Africaine de la Gynécologie-Obstétrique (SAGO) ;**
- **Maitre de recherche en gynécologie-obstétrique au Centre National de la Recherche Scientifique et de la Technologie ;**

Cher Maître,

Permettez-nous de vous adresser nos remerciements pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de codiriger ce travail. Nous avons été séduits par la qualité de vos conseils et votre disponibilité durant ce travail. Rigueur, assiduité et dynamisme au travail sont des valeurs que vous incarnez au quotidien, et qui font de vous un modèle.

Votre compétence et votre disponibilité n'ont jamais fait défaut pendant tout le processus ayant abouti au résultat auquel nous avons abouti. Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude

A notre maître et directeur de thèse :

Pr Youssouf TRAORE

- **Professeur titulaire 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) ;**
- **Secrétaire général 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 maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples responsabilités.

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie obstétrique, vos compétences professionnelles, et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence. Cher maître, aucun mot ne pourra exprimer tous nos sentiments à votre égard. Merci !

LISTE DES ABRÉVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS :

ATCD	:	Antécédent ;
AVP	:	Accident de la voie publique ;
BDCF	:	Bruits du cœur fœtal ;
BGR	:	Bassin généralement rétréci ;
CCSC	:	Communication pour le changement Social de comportement ;
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire ;
CM	:	Centimètre
CPN	:	Consultation pré natale ;
CPON	:	Consultation post natale ;
CSCOM	:	Centre de Santé Communautaire ;
CSREF	:	Centre de Santé de Référence ;
CU	:	Contraction utérine ;
DCA	:	Décès Constaté à l'arrivée ;
DDR	:	Date des dernières règles ;
DFP	:	Disproportion foeto-pelvienne ;
FMOS	:	Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie ;
FVV	:	Fistule Vésico-Vaginale
FR	:	Fréquence respiratoire ;
G	:	Gramme ;
Gr- Rh	:	Groupage rhésus ;
GT	:	Gabriel TOURE ;
Hb	:	Hémoglobine ;
HFD	:	Hopital Fouseyni Daou ;
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 ;
NNE	:	Nouveau-Né ;
PF	:	Planification familiale ;
PMA	:	Procréation médicalement assistée ;
PP	:	Placenta praevia ;
RU	:	Rupture utérine ;
SONU	:	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
T°	:	Température ;
TA	:	Tension artérielle ;
VAT	:	Vaccin anti tétanique ;
VIH	:	Virus immuno déficience humaine ;
VME	:	Version par manœuvre externe ;
VMI	:	Version par manœuvre interne ;
%	:	Pourcentage

LISTE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Utérus gravide avec ses 3 parties	15
Figure 2 : Utérus en sablier	24
Figure 3 : Fœtus sous la peau	25
Figure 4 : Prévalence annuelle des ruptures utérine	44
Figure 5 : Répartition des patientes selon l'âge	45
Figure 6 : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial	46
Figure 7 : Répartition des parturientes selon les structures d'évacuation.....	46
Figure 8 : Répartition des patientes selon le moyen de transports.....	47
Figure 9 : Répartition selon la durée du trajet	47
Figure 10 : Répartition selon le nombre de cicatrice utérine.....	50
Figure 11 : Répartition des parturientes selon le mode d'admission	50
Figure 12 : Répartition selon le facteur de risque.....	52
Figure 13 : Répartition selon la présence des bruits du cœur fœtal.....	53
Figure 14 : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement	54
Figure 15 : Répartition selon le poids fœtal.....	54
Figure 16 : Répartition des patientes selon le lieu d'accouchement.....	55
Figure 17 : Répartition des parturientes selon le type d'anesthésie.....	59
Figure 18 : Répartition selon le pronostic maternel des patientes.....	62

Liste des tableaux :

Tableau I : les dimensions de l'utérus en fonction de l'âge de la grossesse	8
Tableau II : Répartition des parturientes selon le niveau de scolarisation et la profession.....	45
Tableau III : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN	48
Tableau IV : Répartition des parturientes selon l'auteur de CPN.....	48
Tableau V : Répartition des parturientes selon la parité	49
Tableau VI : Répartition des parturientes selon l'antécédent chirurgical.....	49
Tableau VII : Répartition des parturientes selon le motif d'admission.....	51
Tableau VIII : Répartition des parturientes selon l'état général.....	52
Tableau IX : Répartition des parturientes selon le type de présentation.....	53
Tableau X : Répartition des parturientes selon le lieu de déroulement du travail d'accouchement	55
Tableau XI : Répartition des parturientes selon la durée du travail d'accouchement.....	56
Tableau XII : Répartition des parturientes selon les circonstances de survenu.....	56
Tableau XIII : Répartition des parturientes selon la période de diagnostic	57
Tableau XIV : Répartition des parturientes selon le type et le siège de la rupture utérine	57
Tableau XV : Répartition des parturientes selon le type de lésions associées à la rupture.....	58
Tableau XVI : Répartition des parturientes selon le geste chirurgical.....	58
Tableau XVII : Principe de réanimation.....	60
Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon le nombre de poche de sang transfusé	60
Tableau XIX : Répartition des parturientes selon le traitement post-opératoire.....	61
Tableau XX : Répartition des parturientes selon les suites opératoires.....	61

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon la durée d'hospitalisation.....	62
Tableau XXII : Répartition des patientes selon le moment de survenu et la cause du décès.....	63
Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon le pronostic foetal.....	63
Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le mode d'admission et la nature de la rupture utérine.....	64
Tableau XXV : Répartition des parturientes selon le nombre de cicatrice et le type de rupture utérine.....	64
Tableau XXVI : répartition des parturientes selon le type de rupture et les complications	65
Tableau XXVII : Répartition des parturientes selon le pronostic foetal et la nature de la rupture utérine.....	65

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION :	2
II-GENERALITES.....	7
III-METHODOLOGIE.....	37
IV-RESULTATS.....	44
V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	67
VI-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	76
VII-BIBLIOGRAPHIE.....	79
VIII- ANNEXES.....	82

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 de la morbidité et de la mortalité [1].

Le premier écrit sur cette pathologie est l'œuvre de **Guillemeau** au début du XVIIème siècle. Dans son ouvrage intitulé « de la grossesse et de l'accouchement », il montre toute la gravité du pronostic qu'elle entraîne chez la femme enceinte par la déchirure du muscle utérin [2].

La rupture utérine est exceptionnelle dans les pays développés : ainsi en France la fréquence de la rupture utérine est de 0,05% dans l'étude de **Guiliano et al**[3], en Espagne **Perez-Adan et al** [4] ont trouvé une fréquence de 0,078%, aux USA sa fréquence est de 0,006% [5].

Les premières études africaines ont été faites en Algérie, au Maroc et en Tunisie.

En Afrique, sa fréquence est relativement élevée par des facteurs de risque comme le faible niveau socio-économique, l'insuffisance de suivi prénatal, l'éloignement géographique, la grande multiparité et le manque d'infrastructures sanitaires équipées en matériels et personnels qualifiés[6].

Diallo et al. [7] ont rapporté une fréquence 0,36% de rupture utérine à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry, Guinée.

Au Sénégal Gueye L.[8] a trouvé une fréquence de 0,58% de rupture utérine en 2016.

Au Mali, ce sujet a été l'objet de plusieurs travaux antérieurs sous forme de thèses de doctorat en médecine[9–12]

Elle occupe avec l'hémorragie qu'elle entraîne, 30% des principales causes de décès dans les pays en voie de développement[13].

Une étude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako avait montré que la rupture utérine occupe la deuxième place avec une fréquence relative de 20% des décès[13].

Les cicatrices utérines représentent le facteur de risque essentiel des ruptures utérines. Plusieurs autres facteurs sont incriminés : les présentations dystociques, les inductions de travail, l'âge maternel avancé, la multiparité, la macrosomie fœtale, les grossesses multiples, les anomalies utérines congénitales et l'accouchement instrumental [14].

A Kayes une seule étude avait été menée sur la rupture utérine en 2007 [9], le problème pourrait être encore plus préoccupant. Il nous a paru utile d'évaluer cette grave complication de l'accouchement pour mieux sensibiliser nos populations, le personnel médical et les autorités administratives, en vue d'assurer la prophylaxie de cette pathologie.

Ainsi, nous avons initié ce travail à l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes qui est un hôpital de deuxième référence assurant la prise en charge de toutes les urgences obstétricales de la région.

Ainsi nous nous sommes assignés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1- Objectif Général :

Etudier les aspects épidémio-clinique thérapeutique et le pronostic de la rupture utérine dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière de la rupture utérine.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes.
- Préciser les facteurs de risque de la rupture utérine.
- Déterminer les principes de la prise en charge de la rupture utérine.
- Rapporter le pronostic materno-foetal de la rupture utérine.

GENERALITES

II. GENERALITES

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

2.2 Rappel anatomique :

2.2.1 Anatomie de l'utérus gravide

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

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

Au point de vue anatomique, on lui décrit trois parties : le corps, le col entre lesquels se développe dans les derniers mois une portion propre à la gravidité : c'est le segment inférieur[15].

a) Le corps de l'utérus

➤ Anatomie macroscopique

- Situation du fundus utérin

En début de grossesse, il est pelvien. A la fin du 2ème mois, il déborde le bord supérieur du pubis. A la fin du 3ème mois, il est à environ 8cm, soit 3 travers de doigt au-dessus du pubis, il devient nettement palpable.

A partir de ce stade, il s'éloigne chaque mois du pubis d'environ 4cm : c'est de 0 à 4 mois et ½, il répond à l'ombilic et à terme, il est à 32 cm du pubis.

- Volume et dimensions

L'utérus augmente progressivement de volume, d'autant plus vite que la grossesse est plus avancée. L'augmentation est due à l'hypertrophie des éléments musculaires par hyperplasie des éléments existants et métaplasie à

partir des histiocytes, puis à la distension des parois utérines par l'œuf. Cette croissance se fait en deux périodes :

- La première est la phase d'épaississement des parois. L'utérus a une forme sphéroïdale.
- La seconde phase est celle de distension. L'utérus est ovoïde à grosse extrémité supérieure.

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

Tableau I : les dimensions de l'utérus en fonction de l'âge de la grossesse.

Période	Hauteur	Largeur
A la fin du 3ième mois	13 cm	10 cm
A la fin du 6ième 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 2ème mois : il est sphérique, semblable à une " orange ". Au 3ème mois : il a la taille d'une " pamplemousse ". Après le 5ème mois : il devient cylindrique, puis ovoïde à grand axe vertical et à grosse extrémité supérieure pendant les derniers mois.

- **Capacité**

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

- **Poids**

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

- **Epaisseur des parois**

Au début de la grossesse, les parois s'hypertrophient et son épaisseur vers le 4ème mois est de 3cm, puis elles s'amincissent progressivement en proportion de la distension de l'organe.

A terme, l'épaisseur des parois est de 8 à 10cm au niveau du fond et 5 à 7cm au niveau du corps.

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

- Consistance

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

- Direction

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

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

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

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

- Rapport

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

A terme, l'utérus est abdominal.

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

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

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

- En bas : le segment inférieur

➤ Anatomie microscopique

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

- **La séreuse** : elle s'hypertrophie en suivant le développement du muscle.

Elle adhère intimement au corps mais se clive facilement du segment inférieur.

La ligne de démarcation entre les deux s'appelle la ligne de solide attache du péritoine.

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

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

- **La muqueuse** : dès l'implantation, elle se transforme en 3 caduques ou déciduale :

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

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

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

b) Le segment inférieur :

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

Il acquiert son plein développement dans les trois derniers mois.

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

➤ Anatomie macroscopique :

• Situation

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

• Caractères

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

• Forme

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

• Limites

La limite inférieure correspond avant le travail à l'orifice interne du col. La limite supérieure se reconnaît par le changement d'épaisseur de la paroi qui augmente assez brusquement en devenant corporeale. On s'est attaché à rechercher des repères sans grand intérêt pratique. Ainsi a-t-on associé à cette limite supérieure :

-Soit la limite de forte adhérence du péritoine selon HOFFMEYER et

BENKISER

-Soit l'existence contestée d'un gros sinus veineux, appelé veine coronaire

-Soit la première branche artérielle importante du corps utérin

- Orientation- Formation

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

Cependant, il acquiert son ampleur qu'après le sixième mois, plutôt et plus complètement chez la primipare que chez la multipare. Pendant le travail, le col effacé et dilaté se confond avec le segment inférieur en constituant le canal Cervico-segmentaire.

- Dimensions

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

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

➤ **Anatomie microscopique (structure)**

Le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques. Il s'identifie véritablement par sa texture amincie.

Histologiquement, le segment inférieur n'a pas de couche plexiforme du myomètre qui est la plus résistante. La musculature est très mince, faite d'une quinzaine de couches musculaires. Des fibres prenant mal les colorants, venus du corps, gagnent après avoir tapissé le segment inférieur, le col et vagin.

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

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

Rapport du segment inférieur

- En bas : la limite inférieure correspond à l'orifice interne du col.

- En haut : extérieurement le segment inférieur est limité par la zone de transition entre le péritoine adhérent et le péritoine clivable.

- Face antérieure : il est recouvert par le péritoine viscéral, solide, peu adhérent et facilement décollable.

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

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

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

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

Physiopathologie

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

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

- Physiologiquement : c'est un organe passif se laissant distendre. Situé comme un amortisseur entre le corps sur le col, il conditionne les effets contractiles du corps sur le col. Il s'adapte à la présentation qu'il épouse

exactement dans l'eutocie en s'amincissant de plus en plus et en laissant aisément le passage au fœtus. Il reste au contraire flaque, épais et distend dans la dystocie.

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

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

c) Le col de l'utérus

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

- Forme et volume : ne changent presque pas.

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

- Consistance : le col se ramollit au bout de quelques semaines de grossesse.

Il devient mou comme la lèvre (signe de Tarnier). Au cours des dernières semaines de grossesses le col devient très mou sur toute sa hauteur : on dit qu'il " mûrit ". Il est formé d'une masse centrale de tissu non contractile.

- Aspect et dimensions

* Pendant la grossesse, ses dimensions sont stables. Il est rose violacé avec dans l'endocol un bouchon muqueux dense.

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

+ Le phénomène d'effacement : l'orifice interne perd sa tonicité et le canal cervical s'évase progressivement et s'incorpore à la cavité utérine.

+ La dilatation : qui se caractérise par l'ouverture de l'orifice externe " comme le diaphragme d'un appareil photographique ".

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

- Etat des orifices : ne varie pas.

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

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

Anatomie descriptive et rapports

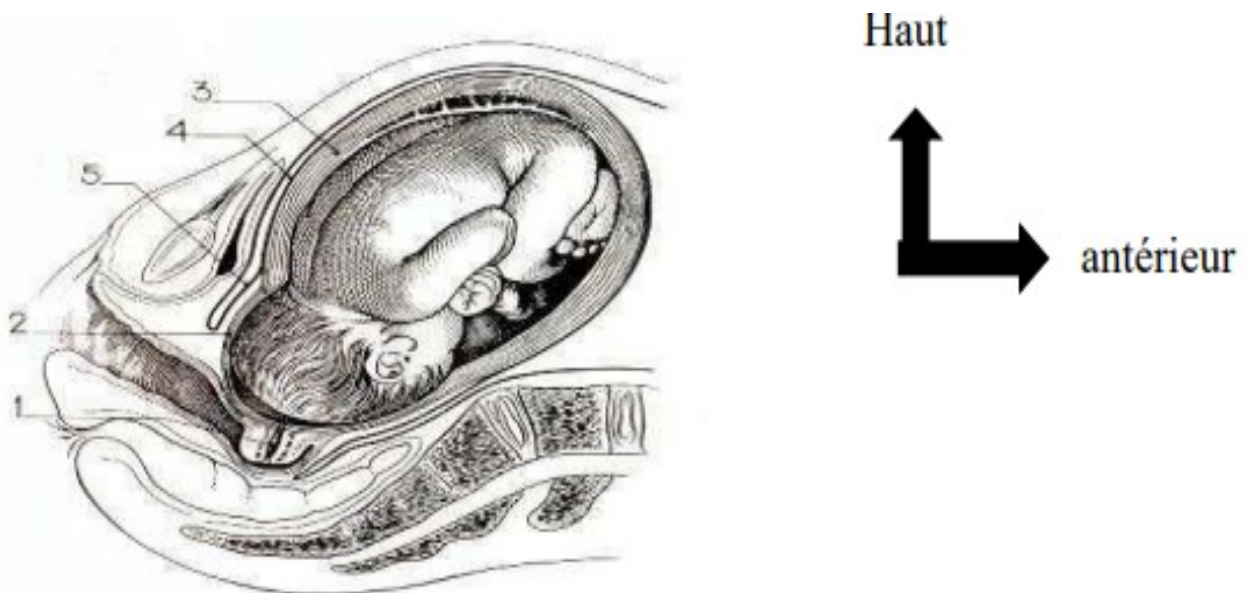


Figure 1 : Coupe sagittale de l'utérus gravide [1].

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

➤ Vascularisation et innervation de l'utérus gravide

a) Vascularisation

Les artères (artères utérine, ovarique et funiculaire)

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

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

Le col est irrigué par les artères cervico-vaginales qui se bifurquent pour donner deux branches : une branche antérieure et une branche postérieure, avant de pénétrer dans son épaisseur. Cette disposition permet la dilatation du col. C'est après la délivrance que la rétraction de l'artère utérine entraîne une augmentation de son calibre.

- L'artère ovarienne : l'augmentation de calibre de l'artère ovarienne 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.

- L'artère funiculaire : elle est, pour l'utérus gravide, d'une importance fonctionnelle négligeable. Les veines Elles sont considérablement développées et forment les gros troncs veineux latéro-utérins. Ceux-ci collectent les branches 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.

Le système extrinsèque

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

Ces plexus proviennent :

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

Les voies sensibles remontent le long des utéro sacrés vers le nerf presacré.

Les voies motrices semblent emprunter les voies du parasympathique pelvien.

➤ **Physiologie de l'utérus gravide**

Le déclenchement du travail est sous contrôle neurologique et hormonal.

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

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

- Les œstrogènes rendent la fibre excitable et conductible.
- La progestérone augmente la liaison du calcium-ATPases dépendante, diminuant ainsi la concentration de Calcium libre intracellulaire et la perméabilité de la membrane au Calcium. Elle inhibe l'apparition des ponts d'ancrage, empêchant la synchronisation et en outre la propagation des potentiels d'action.

- L'ocytocine augmente l'excitabilité d'une fibre sous domination œstrogénique et reste sans influence sur la fibre inhibée par la progestérone.
- Les prostaglandines jouent un rôle important dans l'induction de l'activité myométriale. La sensibilité aux prostaglandines dépend comme pour l'ocytocine des variations des hormones stéroïdes.

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

Au début du travail, les contractions utérines sont espacées, peu intenses et indolores. Elles sont infra-cliniques. Après elles se rapprochent, deviennent plus intenses et douloureuses [13].

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

Elles sont :

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

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

2. 3 Causes des ruptures utérines :

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

Plusieurs classifications étiologiques sont possibles.

2.3.1 Les ruptures traumatiques ou provoquées

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

➤ Les manœuvres obstétricales

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

- Les manœuvres instrumentales telles que le forceps, la ventouse, l'embryotomie

➤ Les traumatismes non obstétricaux

- Chute

- Accident de la voie publique (AVP)

- Plaies provoquées par une arme blanche ou à feu

- Coups de corne de bovins.

➤ Les médicaments

- Utéro toniques : utilisation de l'ocytocine sans surveillance et sans respect des contres indications

- Prostaglandines de synthèse administrées par voie locale

- Utéro toniques traditionnels

2.3.2 Les ruptures spontanées

➤ Pendant la grossesse

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

- Les myomes utérins.

- Le placenta prævia, la révision utérine, la délivrance artificielle

- Les malformations congénitales de l'utérus : utérus didelphe, cloisonné

- L'endométriase

- Le Choriocarcinome

➤ Au cours du travail

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

a) Causes maternelles :

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

b) Causes fœtales

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

➤ **Les ruptures de cicatrices utérines**

Toutes les cicatrices utérines peuvent être responsables.

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

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

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

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

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

b) Autres cicatrices (gynécologiques)

- Myomectomie (avec ou sans ouverture de la cavité utérine)

- Salpingectomie avec résection cunéiforme
- Hysteroplastie, hystérocopie rarement
- Curetage trop appuyé
- Conisation
- Anastomose isthmo-utérine

2. 4 Mécanisme de la rupture utérine :

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

2. 4.1 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'amincit d'avantage et finit par se rompre.

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

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

2.4.2 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

progressive, l'étai 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 tiraillé, était comme éliminé, puis comprimé entre le bassin et la présentation. Il subissait alors une sorte d'usure perforante si bien que fissuré, il finissait par se rompre.

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

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

2. 5 Diagnostic des ruptures utérines

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

Nous décrivons schématiquement deux tableaux cliniques :

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

2.5.1 Type de description : Rupture utérine typique sur utérus sain

➤ Les signes cliniques

a) Circonstance de découverte

La rupture est découverte lors :

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

- D'un travail mal surveillé
- De l'utilisation abusive et incontrôlée des utéro-toniques
- Des présentations vicieuses : épaules, face enclavée et front

b) Phases

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

1^{ère} phase ou phase de pré-rupture ou phase prémonitoire :

Le travail d'accouchement ne progresse pas et traîne en longueur. On parle de dilatation stationnaire.

Les prodromes sont :

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

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

1^{er} Déformation de l'utérus en Sablier ou en coque d'arachide (visible et palpable), le segment inférieur est très distendu, étiré, surmonté du corps utérin hypertonique moulant le fœtus.

2^{ème} Ascension de l'anneau de rétraction ou de BANDL – FROMMEL, plus le segment inférieur s'allonge et plus l'anneau de rétraction semble remonter séparant le corps utérin du segment inférieur.

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

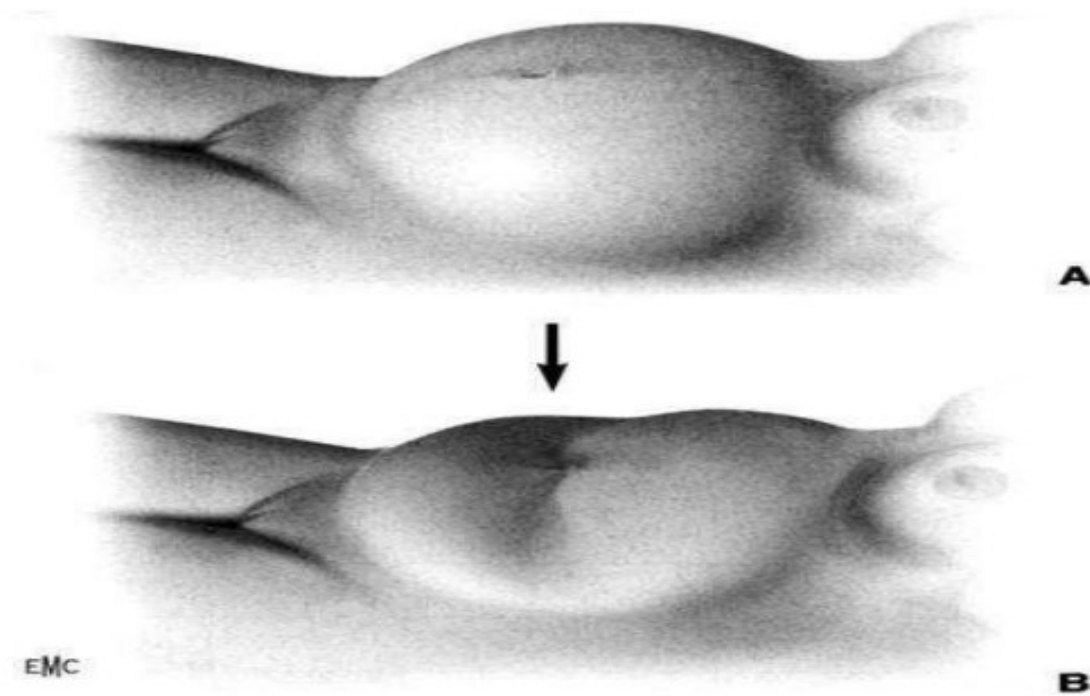


Figure 2 : Syndrome de pré-rupture (Utérus en sablier) [23].

2^{ème} phase ou phase de rupture : elle se manifeste par :

- Des douleurs abdominales syncopales à type de « coup de poignard » (plus fréquent avec les ruptures provoquées) irradiant à tout l'abdomen.
- On observe en revanche une sédation brusque des douleurs et des contractions utérines, procurant une fausse impression de soulagement et accompagnée parfois d'une sensation d'écoulement intra-abdominal de liquide tiède.
- Métrorragies avec possibilité de métrorragie petite quantité de sang rouge ou noir.
- Les signes généraux sont ceux d'un état de choc hémorragique avec :
 - * Pâleur conjonctivo-muqueuse
 - * Soif intense
 - * Chute de la tension artérielle
 - * Pouls accéléré et polypnée
 - * Battements des ailes du nez
 - * Yeux cernés,

- * Extrémités froides
- A l'Inspection : l'abdomen est étalé après disparition de la déformation
- A la palpation : on retrouve :
 - * Une douleur vive siégeant sur un bord utérin
 - * Un utérus rétracté et petit
 - * Un fœtus sous la paroi abdominale avec perception facile des pôles fœtaux
- A l'auscultation : on note en général la disparition des bruits du cœur fœtal
- Au spéculum : le col et la paroi vaginale sont sains macroscopiquement, il confirme l'origine endo-utérine du saignement.
- Au toucher vaginal : on ne perçoit plus la présentation qui disparaît et le gant d'examen revient souillé de sang noir ou rouge.



Figure 3 : Fœtus sous la peau [12]

2.5.2 Les signes para cliniques

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

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

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

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

Enregistrement des bruits du cœur fœtal

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

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

Enregistrement des contractions utérines : le cardiotocographe objective :

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

2.5.3 Les formes cliniques

2.5.3.1 Ruptures au cours de la grossesse

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

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

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

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

2.5.3.2 Formes insidieuses sur utérus cicatriciel

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

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

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

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

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

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

La révision utérine est obligatoire chez toute femme ayant une ancienne cicatrice utérine et elle doit permettre le diagnostic de la rupture utérine.

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

2.5.3.3 Ruptures provoquées

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

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

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

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

2.5.3.4 Formes sous péritonéales

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

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

2.5.3.5 Formes compliquées

a) Rupture vésicale

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

b) Syndrome de défibrination

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

c) Ruptures négligées ou méconnues

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

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

2.5.4 Evolution et complications

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

Le choc hémorragique

La surinfection avec chorioamniotite ou septicémie

Les accidents thromboemboliques

Le décès maternel dans 2 à 20% des cas

Les infections post opératoires (péritonite, suppurations pariétales)

Les fistules vésico-vaginales ou souvent vésico-rectovaginales

2.5.5 Diagnostic positif

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

Cliniquement on a :

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

- Une accélération du pouls
- Une polypnée
- Une soif intense et une froideur des extrémités

2.5.6 Diagnostic différentiel

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

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

- Des saignements noirâtres minimes
- L'utérus est régulier mais présente une dureté ligneuse (hypertonie utérine), il est dur partout réalisant le classique ventre en bois et il augmente de volume
- Les bruits du cœur fœtal sont absents en général
- Les signes généraux et de choc ne sont pas en rapport avec la perte de sang
- Les circonstances d'apparition sont différentes (hypertension artérielle (HTA), survenue spontanée) L'examen des urines révèle souvent l'existence d'une albuminurie massive.

b) Le placenta prævia

Les signes cliniques sont :

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

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

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

d) La déchirure du col ou du vagin

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

2.5.6.2 Dans les formes latentes

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

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

➤ Globe vésical :

A éliminer par un sondage vésical systématique chez toutes les parturientes

2.6 Traitement

2.6.1 Traitement curatif

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

2.6.1.1 But

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

2.6.1.2 Moyens thérapeutiques

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

a) Traitement chirurgical

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

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

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

Hystérorraphie

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

Hystérectomie

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

Elle doit être inter annexielle.

Traitement des lésions associées

- Les lésions vésicales sont suturées en deux plans (muqueux et musculaire) au fil résorbable avec un maintien de la sonde vésicale en postopératoire pendant au moins 10 jours.

- Les lésions cervicales et vaginales sont traitées par voie vaginale ou abdominale ou combinée (vaginale et abdominale).

b) Traitement médical

Traitement du choc

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

Le traitement curatif du choc comprend :

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

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

L'hémostase doit donc précéder la réanimation.

La réanimation

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

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

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

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

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

Traitement anti-infectieux

On fera une bi ou triple antibiothérapie à forte dose par voie parentérale pendant au moins 72 heures puis le relais se fera par la voie orale. La durée de l'antibiothérapie sera de 10 à 15 jours.

2.6.1.3 Les indications chirurgicales

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

Il y'a deux grandes orientations thérapeutiques :

La première, la plus classique, consiste à faire une hystérorraphie. Elle est indiquée pour les lésions minimales et récentes de la face antérieure du segment inférieur.

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

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

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

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

2.6.2 Traitement préventif

2.6.2.1 Pendant la grossesse

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

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

2.6.2.2 Pendant le travail d'accouchement

La surveillance du travail d'accouchement permet de :

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

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

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

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

2.6.2.3 Sur le plan national

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

a) La mise en place d'une politique sanitaire de soins de santé primaires à travers :

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

2.7 Pronostic materno-fœtal :

2.7.1 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).

2.7.2 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.

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

1. Cadre et lieu d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes

. L'HFD assure la prise en charge des malades provenant des structures sanitaires du cercle de Kayes, de certains cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

Il comprend :

- Un service de médecine et spécialistes médicales (neurologie, cardiologie, gastrologie, néphrologie,)
- Un service de gynécologie-obstétrique ;
- Un service de chirurgie divisé en 5 unités (chirurgie A, chirurgie B, chirurgie pédiatrique, Urologie, Traumatologie),
- Un service de pédiatrie ;
- Un bloc opératoire
- Un service d'anesthésie et de réanimation ;
- Un laboratoire et une pharmacie ;
- Un service d'ophtalmologie ;
- Un service d'accueil des urgences et soins intensifs ;
- Un service d'Odontostomatologie.
- Un service d'Oto-rhino-laryngologie (ORL)
- Un service de dermatologie
- Un service de kinésithérapie-rééducation
- Le service d'imagerie médicale et radiologique ;
- L'administration ;
- Une morgue ;
- Une buanderie ;

❖ Le service de gynécologie et d'obstétrique est un bâtiment qui a été construit en **2015** ; il comprend :

- Une salle d'accouchement et de soins pour les nouveaux nés comportant : cinq tables d'accouchement, une toilette pour les parturientes et la salle de garde.
 - Une salle de travail
 - Deux salles pour les suites de couches
 - Une salle de pansement des malades opérées
 - Une salle de garde pour les étudiants en année de thèse
 - Une salle pour les manœuvres
 - Une salle de staff
 - Une salle pour le dépistage de cancer du col
 - Une salle pour les soins après avortement (SAA)
 - Un bureau pour la majeure de la consultation
 - Un bureau pour la majeure d'hospitalisation
 - Un bureau pour les consultations pré natales
 - Une unité pour la planification familiale (P F)
 - Une salle pour l'archivage des dossiers
 - Trois bureaux pour les consultations gynécologiques et obstétricales
 - Deux salles V I P a un lit chacune avec toilette interne
 - Deux salles V I P a quatre lits
 - Trois salles d'hospitalisation d'une capacité de six lits
 - Une salle pour la néonatalogie non fonctionnelle
 - Un bloc de césarienne non opérationnel
 - Une salle de réveil
 - Une unité de vaccination
- Le personnel se compose de :**
- . Trois gynécologues obstétriciens,

- . Sept étudiants de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie en année de thèse,
- . Onze sages femmes,
- . Cinq infirmières obstétriciennes,
- . Trois manœuvres.

Les activités du service sont programmées comme suites :

- Trois jours de consultations gynécologiques et obstétricales,
- Trois jours de consultations prénatales,
- Une visite journalière des malades hospitalisées, après le staff quotidien,
- Un jour d'activités chirurgicales programmées (jeudi).
- Une journée pour les séances d'audit de décès maternels (vendredi)

Au niveau organisationnel du service :

La prise en charge des urgences est assurée par l'équipe de garde composée d'un gynécologue obstétricien, d'un étudiant en année de thèse, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne, d'un anesthésiste de garde et d'un manœuvre.

. **L'équipe dispose de :** trois salles d'opérations fonctionnelles un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Il s'agit de kit de laparotomie (GEU, torsion d'annexe etc.), de kit d'urgence pour la gestion des hémorragies du post-partum immédiat, éclampsie et de kit de césarienne.

. Un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à **8 heures 30 minutes** réunissant le personnel du service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés durant la garde.

. Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque lundi après le staff.

. Le service reçoit toutes les urgences obstétricales et gynécologiques provenant des structures de santé situées dans un rayon de **250 km** et assure la prise en charge les évacuations du Csréf de Kayes, de certains cercles de la

région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

Les urgences sont admises directement dans la salle d'accouchement pour leurs examens d'admission, et par la suite :

- Les dames en travail dirigées dans la salle de travail pour la surveillance ;
- Les cas d'hospitalisation dirigés dans les salles d'hospitalisation
- Certains cas transférés en unité de réanimation selon le tableau clinique,
- Les indications opératoires seront préparées pour le bloc.

2. Type et Période d'étude : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique, avec collecte rétrospective des données, sur une période de **10 ans** allant du 01 janvier 2012 au 31 décembre 2021.

3. Population d'étude :

L'étude a porté sur toutes les patientes admises en travail d'accouchements et dans le post partum immédiat dans le service de Gynécologie - Obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes durant la période d'étude.

4. Échantillonnage :

L'échantillon était constitué par tous les cas de rupture utérine diagnostiqués avant, pendant le travail d'accouchement ou dans le post partum, durant la période d'étude.

4-1 Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude, tous les cas de rupture utérine diagnostiqués et pris en charge dans le service durant la période d'étude.

4-2 Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Les cas de rupture utérine diagnostiqué en dehors de la période d'étude ;
- Les dossiers manquants de rupture utérine ;
- Les déchirure et délabrement limités au col utérin ;

5. Collecte et support des données

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

- Du registre d'accouchement ;
- Du dossier des parturientes ;
- Du registre de référence/évacuation ;
- Du Registre de compte rendu opératoire ;
- Du registre de décès maternel ;
- Du registre d'anesthésie ;
- Du registre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.
- Du registre de transfusion ;
- Du registre d'hospitalisation ;

6. Saisie et analyse des données :

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Microsoft Office World 2013. Le traitement et l'analyse statistique des données statistiques ont été effectués grâce au logiciel SPSS 20.0. Le test exact de Fischer et le test de Khi 2 de Person ont été utilisés pour comparer les proportions.

7. Définitions opérationnelles

- . **Rupture utérine** : Toute solution de continuité non chirurgicale siégeant sur l'utérus gravide.
- . **Accouchement** : L'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et des ces annexes hors des voies génitales maternelle après un terme théorique de 37 SA.
- . **Utérus cicatriciel** : Tout utérus portant à son sein une cicatrice myométriale.
- . **Bassin généralement rétréci** : lorsqu'au toucher vaginal le promontoire est atteint et les lignes innominées sont entièrement parcourues. A la pelvimétrie l'indice de Mangin est inférieur à 20.
- . **Bassin limite** : lorsqu'au toucher vaginal le promontoire est atteint et les lignes innominées ne sont pas parcourues au-delà des deux tiers antérieurs au toucher vaginal. L'indice de Mangin est compris entre 20 et 21.
- . **Evacuée** : c'est lorsque la patiente est transférée d'un service à un autre plus spécialisé dans un contexte d'urgence.

- . **Référée** : c'est lorsque la décision de transfert et d'admission de la Patiente se sont faites sans notion d'urgence.
- . **Hystérorraphie** : suture de l'utérus ;
- . **Hystérectomie** : ablation partielle ou totale de l'utérus ;
- . **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 ;

RESULTATS

IV. Résultats

1. Fréquence :

Durant notre période d'étude (2012 à 2021) nous avons colligé 127 cas de rupture utérine sur 37701 accouchements soit une fréquence de 0,3% (1 rupture utérine sur 297 accouchements).

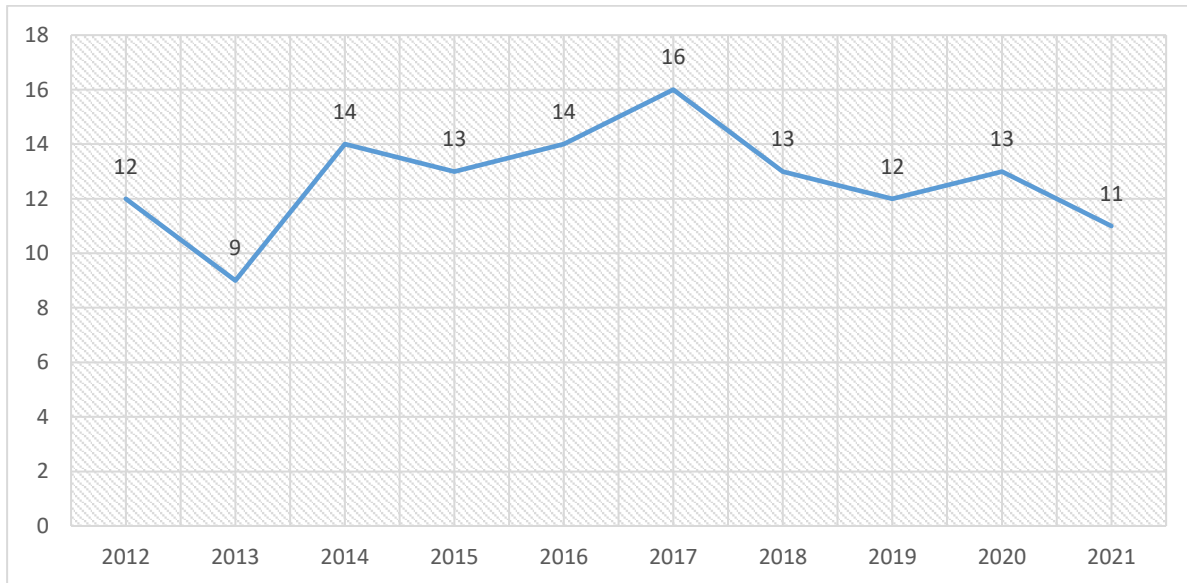


Figure 4 : Prévalence annuelle des ruptures utérines

2. Les caractéristiques sociodémographiques :

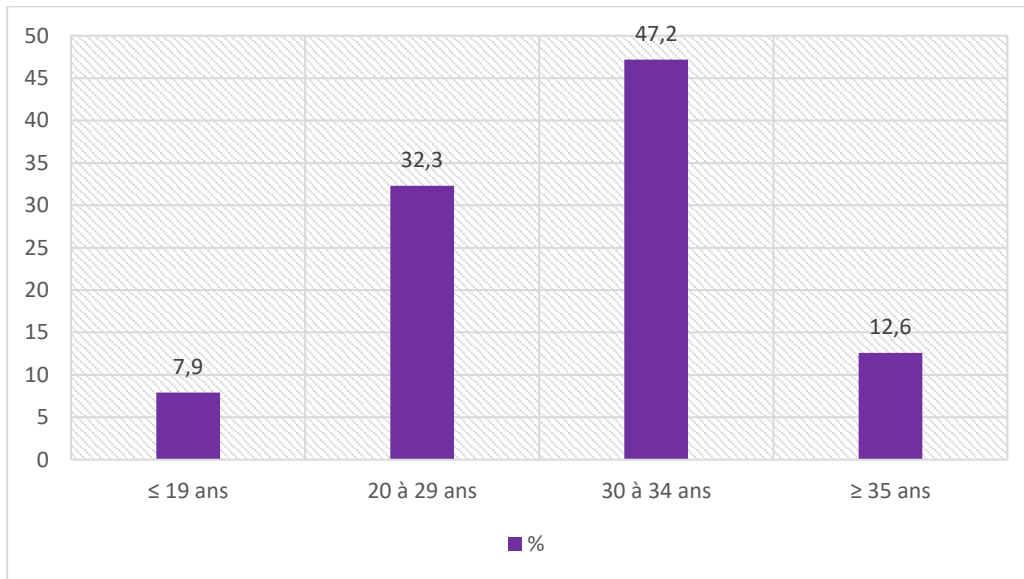


Figure 5 : répartition des parturientes selon l'âge.

La moyenne d'âge était de 28,97 ans, extrêmes [15 et 41 ans], écart type :6,43.

Tableau II : Répartition des parturientes selon le niveau de scolarisation et la profession :

	Effectif(n=127)	%
Niveau de scolarisation		
Non scolarisée	123	96,9
Niveau primaire	02	1,6
Niveau Secondaire	02	1,6
Profession		
Ménagère	122	96,1
Commerçante	03	2,4
Fonctionnaire	02	1,6

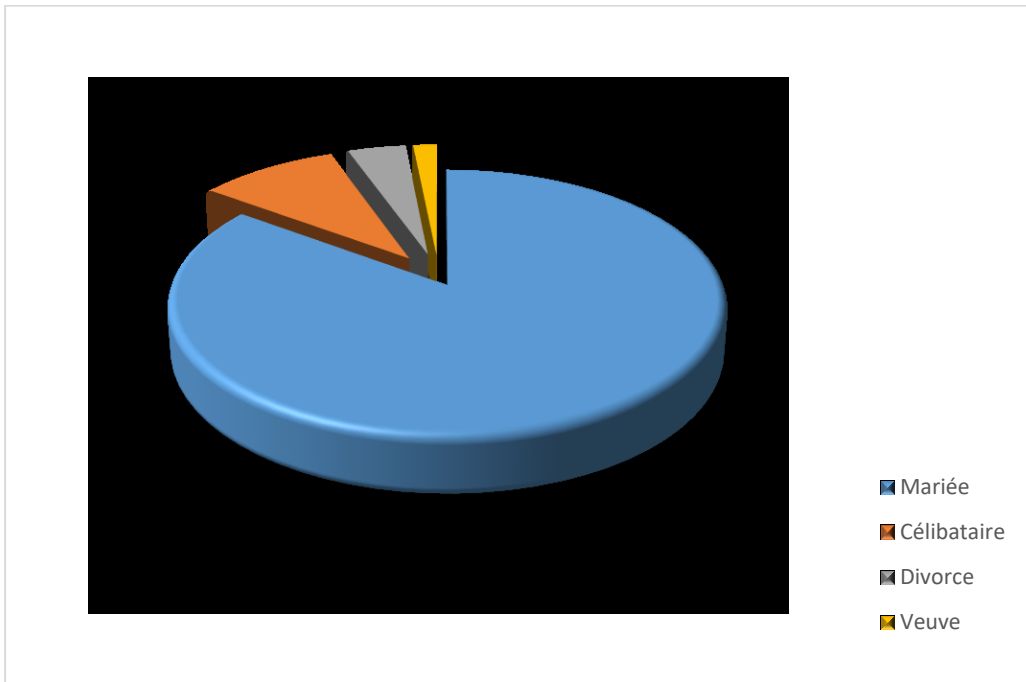


Figure 6 : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

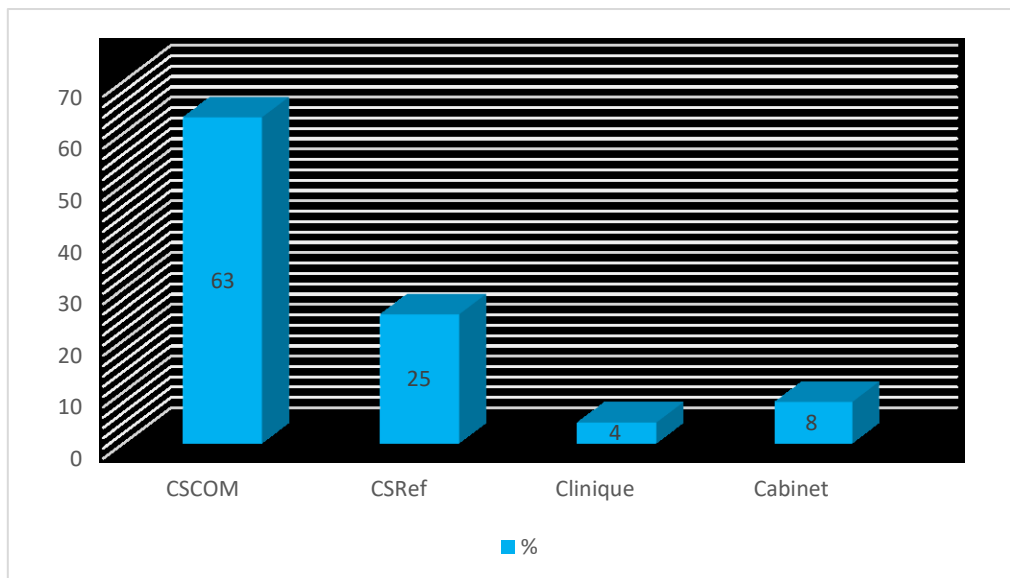


Figure 7 : Répartition des parturientes selon la structure d'évacuation.

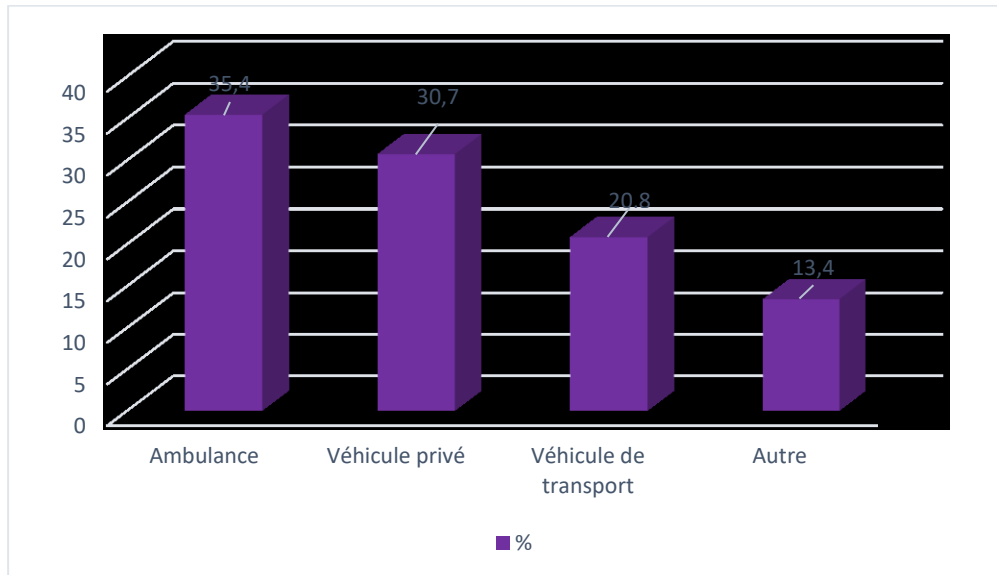


Figure 8 : Répartition des parturientes selon le moyen de transports.

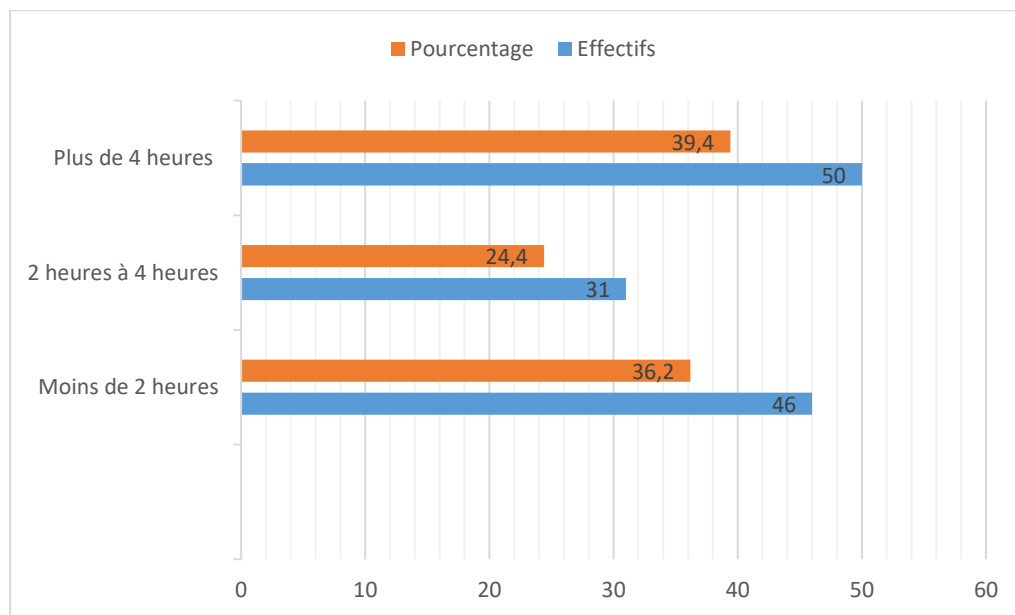


Figure 9 : Répartition des parturientes selon la durée du trajet.

La durée moyenne du trajet était de 2 heures 39 minutes avec des extrêmes de [15 minutes et 5 heures 30 minutes], écart type : 1 heure 47 minutes.

Tableau III : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN.

Nombre de CPN	Effectif	%
Zéro	45	35,4
Une à trois	73	57,5
Quatre et plus	09	7,1
Total	127	100

Tableau IV : Répartition des parturientes selon l'auteur de CPN.

Auteurs de la CPN	Effectif	%
Infirmière obstétricienne	28	34,1
Matrone	18	21,9
Sage-femme	16	19,5
Médecin généraliste	12	14,6
Gynécologue obstétricien	08	9,8
Total	82	100

Tableau V : Répartition des parturientes selon la parité

Parité	Effectif	%
Nullipare	04	3,1
Primipare	18	14,2
Pauci pare	14	11
Multipare	51	40,2
Grande multipare	40	31,5
Total	127	100

La parité moyenne était de 6,5 avec des extrêmes de 0 à 13. Les multipares étaient les plus représentées avec une fréquence de 40,2%.

Tableau VI : Répartition des parturientes selon les antécédents chirurgicaux.

ATCD chirurgicaux	Effectif	%
Rupture utérine	01	0,8
Myomectomie	01	0,8
Kystectomie	01	0,8
Salpingectomie	02	1,6
Appendicectomie	02	1,6
Césarienne	33	26
Aucun ATCD	87	68,5
Total	127	100

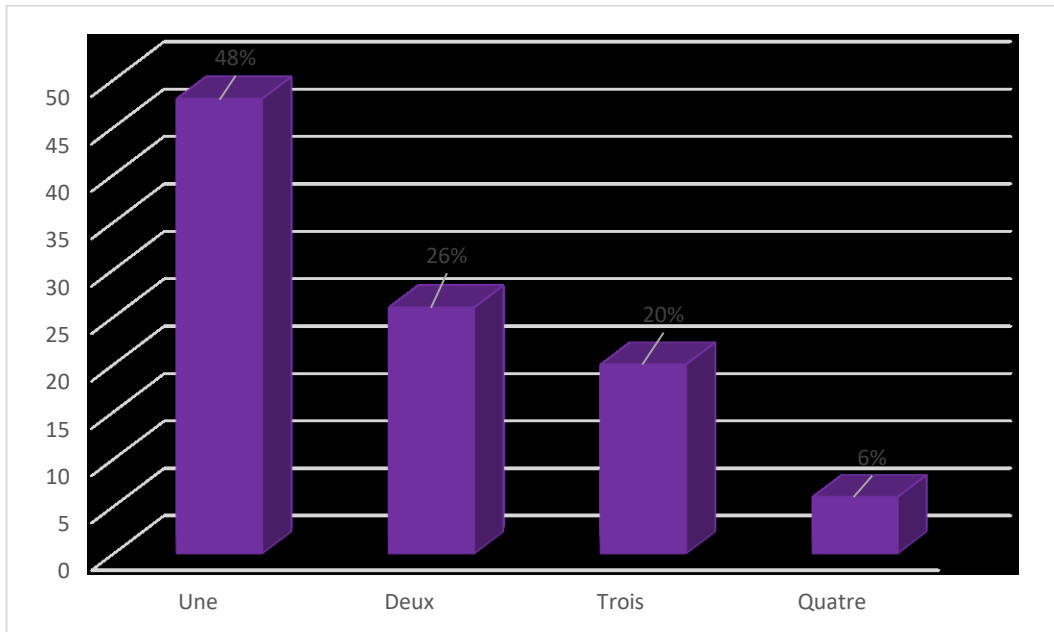


Figure 10 : Répartition parturientes selon le nombre de cicatrice utérine.

Parmi les ATCD d'utérus cicatriciel, presque la moitié soit 48% des patientes avaient une seule cicatrice

3. Etude clinique :

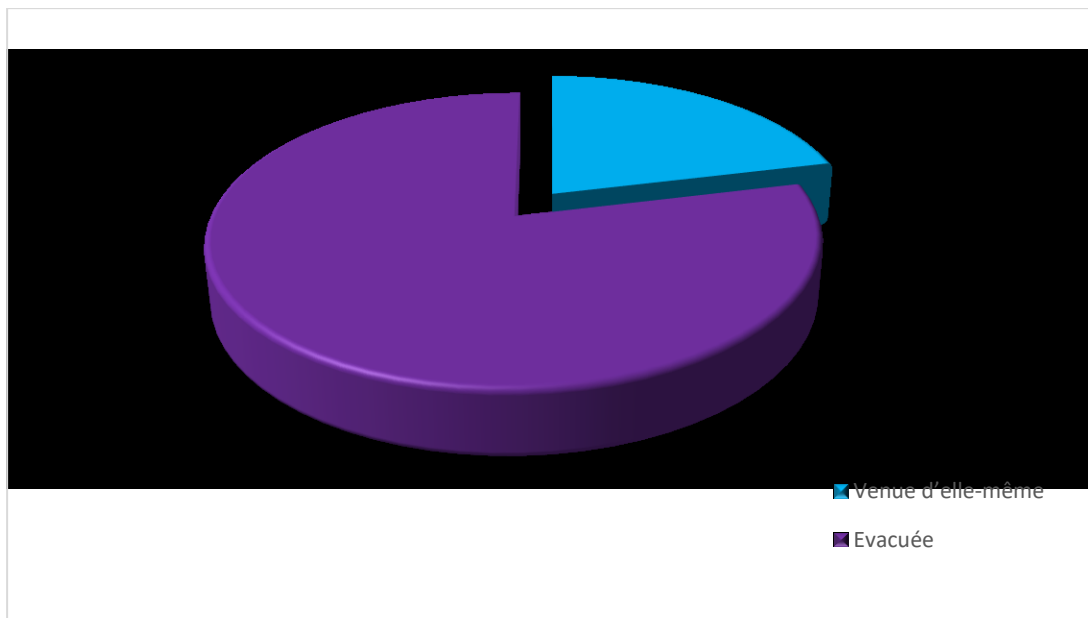


Figure 11 : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

Tableau VII : Répartition des cas de rupture utérine selon le motif d'admission

Motifs d'admission	Effectif	%
Travail d'accouchement	26	20,5
Travail prolongé	18	14,2
Saignement sur grossesse	16	12,6
Souffrance fœtale aigue	09	07,1
Présentation vicieuse	09	07,1
Utérus cicatriciel	07	05,5
Autres	06	04,7
Grossesse arrêtée	06	04,7
Manque d'effort expulsif	06	04,7
Hémorragie du post-partum	06	04,7
Anémie	03	02,4
Rupture utérine	03	02,4
Placenta praevia	03	02,4
Prééclampsie/éclampsie	03	02,4
DFP	03	02,4
I I G court	02	01,6
HRP	01	0,8
Total	127	100

Autres : Deux (2) patientes admises pour accident de la circulation routière, une (1) pour coup et blessure volontaire, et trois (3) diagnostics posés au programme opératoire pour césarienne prophylactique.

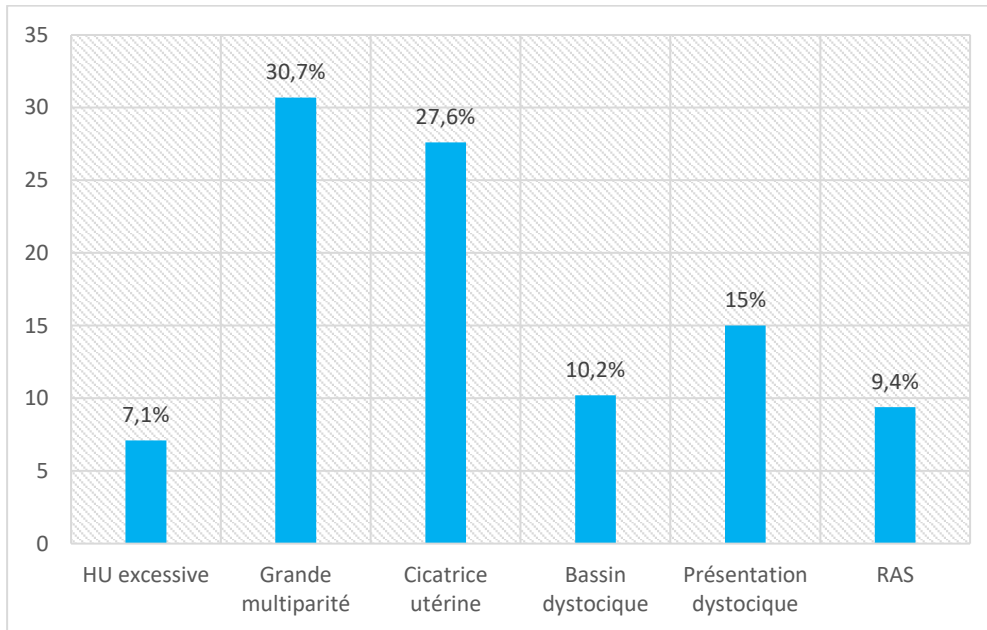


Figure 12 : Répartition des parturientes selon le facteur de risque.

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon l'état général.

Etat général	Effectif	%
Mauvais	28	22,2
Passable	55	43,7
Bon	43	34,1
Total	126	100

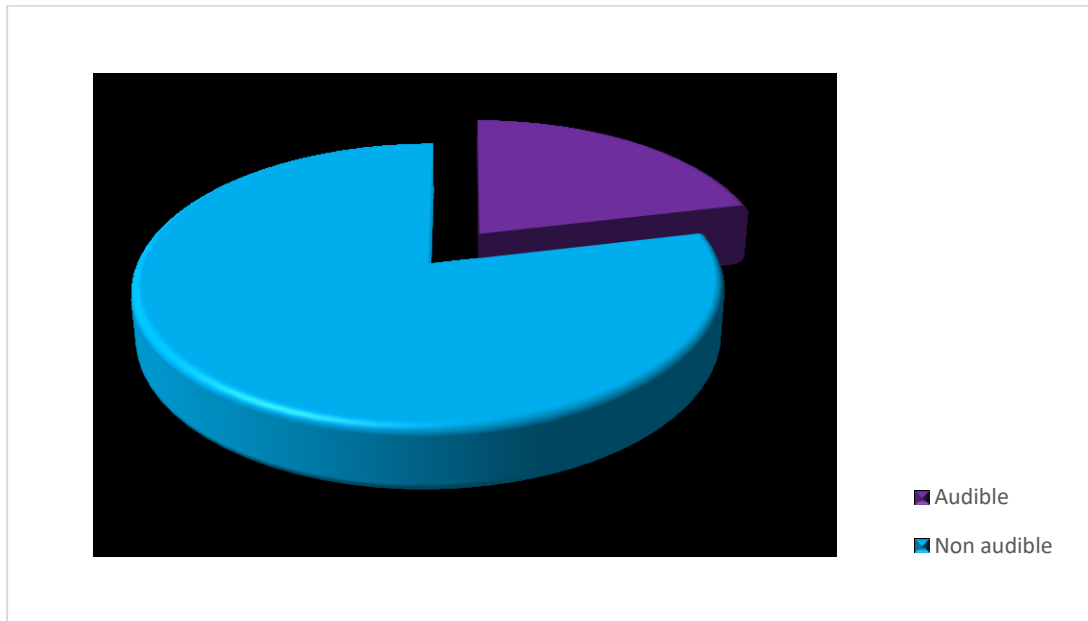


Figure 13 : Répartition des parturientes selon la présence des bruits du cœur fœtal.

Les bruits du cœur fœtal n'étaient pas audibles chez 78,7% des parturientes.

Tableau IX : Répartition des parturientes selon le type de présentation.

Présentation	Effectif	%
Céphalique	87	68,5
Inaccessible	15	11,8
Siège	14	11
Dystocique	11	08,7
Total	127	100

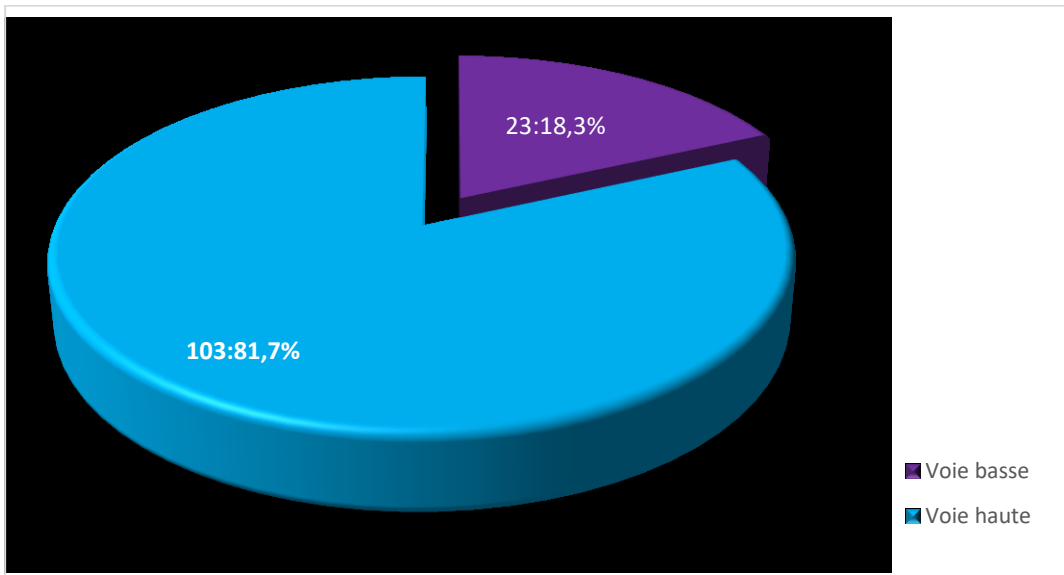


Figure 14 : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement.

Les patientes avaient accouché par voie haute (laparotomie / césarienne) dans 81,7% des cas.

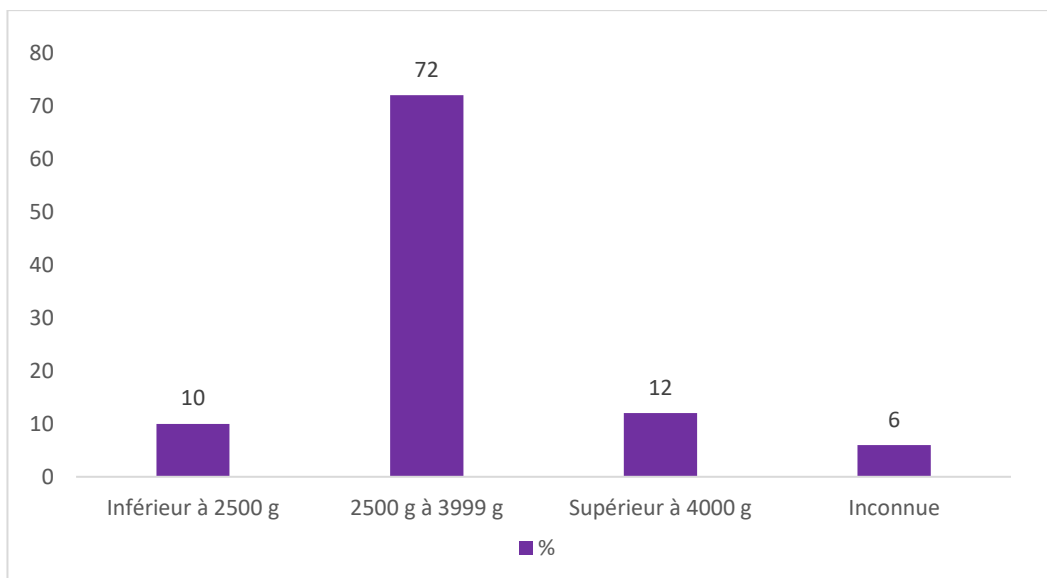


Figure 15 : Répartition des nouveau-nés selon le poids foetal.

Le poids moyen était de 3075g grammes avec des extrêmes de 950 g à 5200g

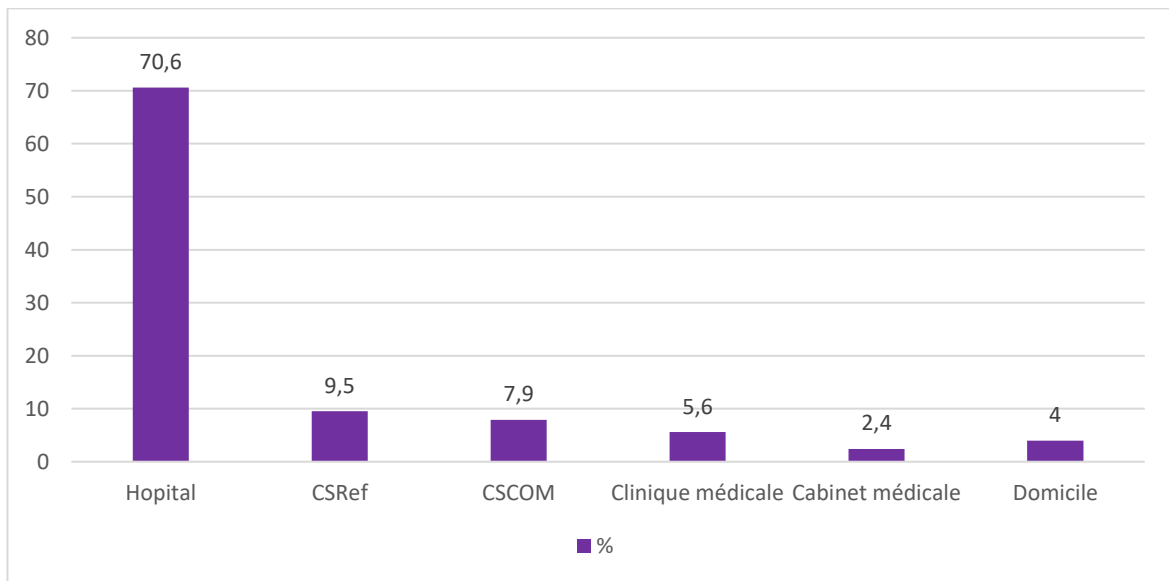


Figure 16 : Répartition des parturientes selon le lieu d'accouchement.

Les patientes avaient accouché dans 70,6% des cas à l'hôpital.

Tableau X : Répartition des parturientes selon le lieu de déroulement du travail.

Lieu de déroulement du travail d'accouchement	Effectif	%
Hôpital	15	12,4
CSRéf	25	20,7
CSCOM	63	52
Clinique	04	03,3
Cabinet médical	03	02,5
Domicile	11	09,1
Total	121	100

Six (6) patientes n'étaient pas en travail d'accouchement au moment de sa rupture utérine

Tableau XI : Répartition des parturientes selon la durée du travail d'accouchement.

Durée du travail	Effectif	%
Moins de 6 heures	22	18,2
6 - 12 heures	47	38,8
Plus de 12 heures	52	43
Total	121	100

Tableau XII : Répartition des parturientes selon la circonstance de survenue de la rupture utérine.

Circonstances de survenue de la RU	Effectif	%
Spontanée	44	34,6
Utilisation d'ocytocine	34	26,8
Travail prolongé	21	16,5
Expression utérine	10	7,9
Accouchement par ventouse/forceps	08	6,3
MVI	07	5,5
Autres	03	2,4
Total	127	100

Autres : Deux (2) cas d'accident de la circulation routière et un (1) cas de coup et blessure volontaire.

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon la période du diagnostic.

Période du diagnostic	Effectif	%
Pré partum	06	4,7
Post partum	14	11
Per partum	107	84,3
Total	127	100

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon la nature et le siège de la rupture utérine :

	Effectif (n =126)	%
Nature de la rupture		
Rupture complète	102	81,0
Rupture sous-séreuse	24	19,0
Siège de la rupture		
Segmentaire	88	69,8
Corporéale	07	5,5
Segmento-corporéale	31	24,6

Tableau XV : Répartition des parturientes selon les lésions associées à la rupture.

Lésions associées	Effectif	%
Lésions vésicales	11	8,7
Aucune lésion	115	91,3
Total	126	100

4. Prise en charge :

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon le geste chirurgical.

Geste chirurgical	Effectif	%
Hystérorraphie simple	96	75,6
Hystérectomie subtotale	17	13,4
Hystérorraphie avec LRT	10	7,9
Total	126	100

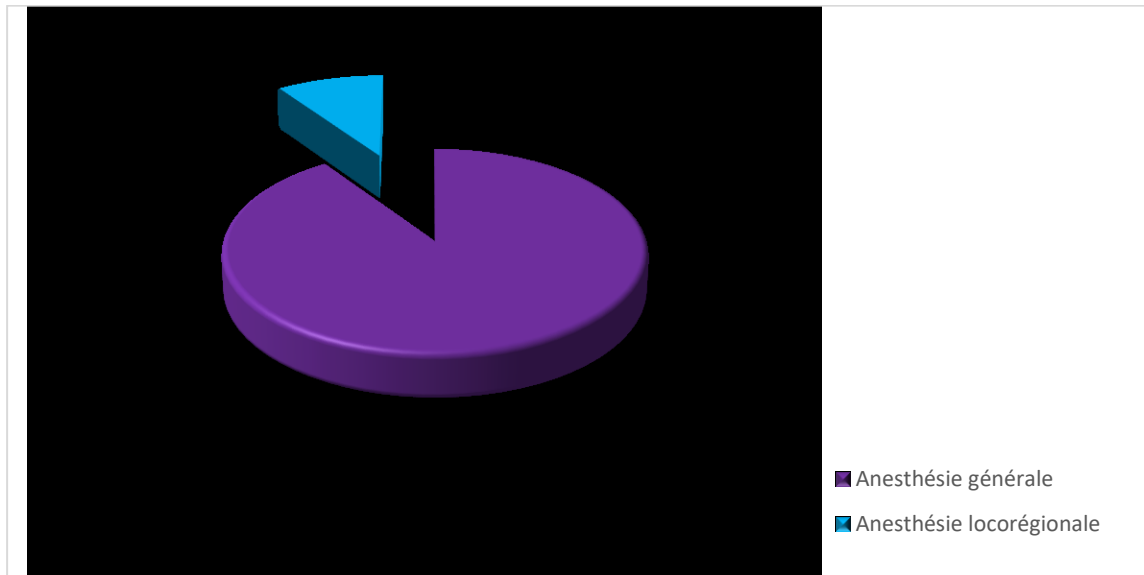


Figure 17 : Répartition des parturientes selon le type d'anesthésie.

L'anesthésie générale a été pratiquée chez 90,5% des patientes opérées.

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon le type de réanimation intensive.

Type de réanimation	Effectif	%
Macromolécules	94	74,02
Transfusion	91	71,6
Oxygénothérapie	43	33,9
Catécholamines	37	29,1
Non réanimée	33	25,9

Tableau XVIII : Répartition des parturientes en fonction du nombre de poche de sang transfusé.

Nombre de poches de sang transfusé	Effectif	%
Pas de poche transfusée	36	28,35
Une à deux poches	62	48,82
Trois poches et plus	29	22,83
Total	127	100

Tableau XIX : Répartition selon le traitement post-opératoire.

Traitement post-opératoire	Effectif	%
Thromboprophylaxie	36	28,3
Antibioprophylaxie	126	100
Analgésique	126	100
Fer + acide folique	126	100

Tableau XX : Répartition des patientes selon les suites opératoires :

Suites opératoires	Effectif	%
Péritonite	02	01,6
Fistule Vésico-vaginale	02	01,6
Infection pariétale	04	03,2
Anémie	34	27
Simple	75	59,5
Décès	09	07,1
Total	126	100

Tableau XXI : Répartition en fonction de la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation	Effectif	%
Un jour	06	04,7
Deux à quatre jours	76	59,8
Cinq à dix jours	36	28,3
Plus de dix jours	09	07,1
Total	127	100

La durée moyenne de l'hospitalisation était de 5,6 jours avec des extrémités de 1 et 41 jours, écart type : 5,76.

5. Pronostic materno-fœtal :

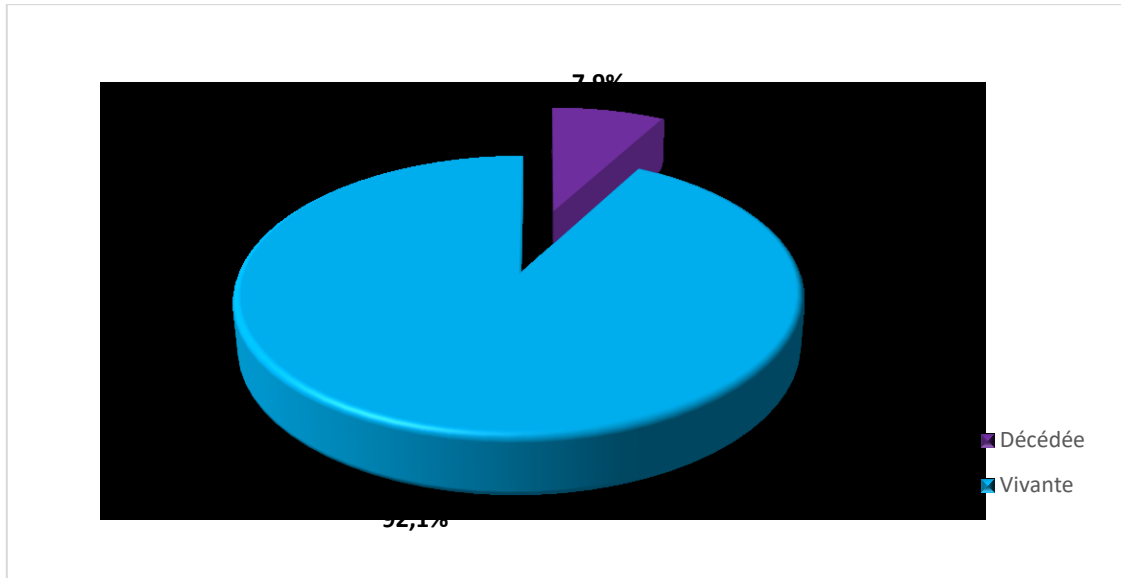


Figure 18 : Répartition des patientes selon le pronostic maternel.

L'évolution a été favorable chez les mères dans 92,1% des cas.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon le moment de survenu et la cause du décès.

	Effectif (n=10)	%
Moment de survenu du décès		
Décès constaté à l'arrivée	01	10
Bloc opératoire	02	20
Salle d'hospitalisation	07	70
Causes de décès		
Choc hémorragique	06	60
Septicémie	02	20
Péritonite	02	20

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon le pronostic fœtal.

Nouveau-né	Effectif	%
Vivant	32	25,4
Mort-né frais	82	65,1
Mort-né macéré	12	9,5
Total	126	100

6. Résultats analytiques :

Tableau XXIV : Répartition des patientes entre le mode d'admission et la nature de la rupture utérine.

Mode d'admission	Nature de la rupture		Total
	Complete	Sous séreuse	
Venue d'elle-même	18 (17,6%)	08 (33,3%)	26
Evacuée	84 (82,4%)	16 (66,7%)	100
Total	102 (100%)	24 (100%)	126

Khi deux de Person : 0,9 donc pas de lien statistique entre le mode d'admission et le statut utérin.

Tableau XXV : Répartition des patientes entre le nombre de cicatrice utérine et le type de rupture.

Type de rupture	Nombre de cicatrice					Total
	0	1	2	3	4	
Complete	76	12	06	06	02	102
Sous séreuse	15	05	03	01	00	24
Total	91	17	09	07	02	126

Test de Fischer ($p = 0,009$) : il existe un lien statistique entre le nombre de cicatrice utérine et le type de rupture utérine.

Tableau XXVI : répartition des parturientes entre le type de rupture et les suites opératoires.

Type de rupture	Suites opératoires						Total
	Infection	Anémie	Péritonite	fistule	Décès	Aucune	
Complete	03	29	02	02	07	59	102
Sous séreuse	01	04	00	00	02	16	24
Total	04	34	02	02	09	75	126

Test de Fischer ($p = 0,003$) : il existe un lien statistique entre les complications et le type de rupture utérine.

Tableau XXVII : Répartition des patientes entre le pronostic fœtal et la nature de la rupture utérine.

Etat du nouveau-né	Nature de la rupture		Total
	Complete	Sous séreuse	
Vivant	20 (19,6%)	12 (50%)	32
Mort-né	82 (80,4%)	12 (50%)	94
Total	102 (100%)	24 (100)	126

Khi-deux de Person : 0,04, le pronostic fœtal et le type de rupture sont statistiquement liés.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRE ET DISCUSSION

1. Approche Méthodologique :

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique sur une période de 10 ans. Au cours de cette étude, nous avons rencontré un certain nombre de difficultés à savoir :

- Mauvais archivage des dossiers,
- Des dossiers incomplets,

Ces difficultés ont entraîné un biais dans la fréquence réelle des cas de ruptures utérine en raison des dossiers manquants.

Néanmoins nous avons obtenu les résultats suivants :

2. Fréquence

Durant notre étude nous avons enregistré dans le service 127 cas de rupture utérine sur 37701 accouchements. Soit une fréquence hospitalière de 0,3%.

Camara S.[16], Diakité Y.[17] et Valère M k et alt.[18] avaient trouvé respectivement : une fréquence de 1,1% ; 0,4% et 2,4%, taux supérieur à la nôtre. Koita R.[10], Fané K.[19], Diakité I [2], et Semé K. [20], avaient rapporté respectivement une fréquence de 0,18% ; 0,016% ; 0,003% et 0,13% de rupture utérine , taux inférieur à la nôtre. Dans la sous-région , Gueye L.[8] au Sénégal en 2016, Kabibo S.[21] au Bénin en 2015, et Amate P. [14] en Algérie en 2014 avaient rapporté respectivement 0,58% ; 0,70% ; et 0,128% de rupture utérine.

La fréquence de cette pathologie varie d'un pays à un autre et dans le même pays d'une structure de santé à une autre.

Notre fréquence élevée pourrait s'expliquer par :

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

3. Caractéristiques socio- démographiques

La rupture utérine peut toucher toutes les tranches d'âges chez les femmes en activité génitale.

L'âge moyen de nos patientes était de 28,97 ans avec des extrêmes de 15 et 41 ans, écart type : 6,43.

La tranche d'âge de 30 à 34 ans était la plus représentée avec une fréquence de 47,2%.

Ce fait a été constaté chez beaucoup d'autres auteurs tels que Berthé F K.[22], Koita R.[10], Fané K.[18] et Camara S.[16].

Cette tranche d'âge correspond à la période où l'activité reproductive est intense.

Le niveau socio-économique et professionnel des parturientes a été apprécié à partir de leur statut matrimonial, leur profession et leur niveau d'instruction : 95 % étaient mariées ; 96,1% étaient ménagères ; 96,9% étaient non scolarisées.

La grande majorité des parturientes admises était constituée de ménagères non scolarisées vivant avec leur mari.

Dans notre étude quatre-vingt-deux des patientes soit 64,6% avaient effectué au moins une consultation prénatale contre 70% chez Bako M M.[11], 64,3% chez Camara S.[16], 77% chez Diakité Y.[17] et 36, 1% Koita R.[10].

Par contre quarante-cinq de nos patientes soit 35,4% n'avaient effectué aucune CPN, contre 30% ; 35,7% ; 23% et 24,2% respectivement chez Bako M M.[11], Camara S.[16] Diakité Y.[17] et Koita R.[10].

Seize de nos patientes soit 19,5% ont été suivies par les sages femmes contre respectivement 48% 44%, 56% et 55% chez Bako M M.[11], Camara S.[16], Diakité Y.[17] et Koita R.[10].

Notre étude avait trouvé les mêmes raisons que celles de Bako M M.[11] et Koita R.[10] qui disaient que le bas niveau socio-économique dans nos pays intervient dans la genèse des ruptures utérines, il réduit l'accès aux soins médicaux.

Dans notre série 100 parturientes soit 79,7% avaient été évacuées et 27 soit 21,3% étaient venues d'elles-mêmes.

Traoré M [23] avait trouvé 92,6% des parturientes évacuées, Bako M M.[11] avait trouvé 89% des parturientes évacuées et 11% étaient venues d'elles-mêmes.

Diakité Y.[17] avait trouvé 64,1% des parturientes évacuées et 33,8 étaient venues d'elles-mêmes.

Au cours de notre étude 44,9% des parturientes avaient été évacuées par ambulance et 55,1% par transport en commun.

Bako M M.[11] a trouvé 82% des parturientes évacuées par ambulance et 9% par transport en commun.

Koita R.[10] a trouvé 54% patientes évacuées par ambulance et 7% par transport en commun.

Fané K.[19] a trouvé 90 % des patientes évacuées par ambulance et 8% par transport en commun.

La nature de la rupture utérine et le mode d'admission des patientes n'ont pas de lien statistique prouvé (Khi-deux de Person : 0,9)

La parité moyenne était de 6,5 avec des extrêmes de 1 et 12. Les multipares ont représenté 40,2%.

Nos résultats rejoignent ceux des auteurs comme : Bako M M.[11], Camara S. [16], Diakité Y.[17], Koita R.[10], pour dire que la fréquence des ruptures utérines croît avec la parité à cause des modifications histologiques du muscle utérin.

Comme antécédent d'intervention sur l'utérus, trente-cinq patientes soit 27,6% avaient un utérus cicatriciel. Notre fréquence est inférieure à celle de :

Bako M M.[11] ; Koita R.[10] et Diakité Y.[17] avaient trouvé respectivement 37,7%, 97% et 38,8%.

Nous avons trouvé un lien statistique entre la nature de la rupture et le nombre de cicatrice utérine, ($P = 0,009$).

La parité, les cicatrices utérines, les bassins dystociques, les présentations dystociques et l'utilisation abusive de l'ocytocine étaient des facteurs favorisant de la survenue de la rupture utérine.

4. Etudes cliniques

Dans notre étude dix-huit patientes soit 14,2% ont été évacuées pour travail prolongé, 16 patientes soit 12,6% pour saignement sur grossesse, 09 patientes soit 7,1% pour souffrance fœtale aigue et 03 patientes soit 2,4% pour rupture utérine.

Bako M M.[11] a trouvé 47 patientes soit 33,8% évacuées pour RU, 13 patientes soit 9,4% évacuées pour HRP et 10 patientes soit 7,2% évacuée pour PP.

FANE K.[19]a trouvé 10% des patientes évacuées pour métrorragies, 11% pour dilatation stationnaire et 8% pour RU.

A l'admission 28 parturientes soit 22,2% avaient un mauvais état général, et nous avons observé un cas de décès constaté à l'arrivée.

Bako M M.[11], Camara S. [16] et Diakité Y.[17] avaient trouvé respectivement 24,6%, 26,2% et 17,9% d'état général altéré ainsi que 5, 15 et 1 cas décès avait été constatés à l'arrivée.

Les BCF étaient absents dans 78,4% des cas. Ce taux est supérieur à celui de Coulibaly M.[12] 72,1% et inférieur à celui de Fané k[19] 81,8% et Diakité I.[2] 95,20%.

Dans notre étude le travail d'accouchement s'était déroulé dans 50% des cas dans un CSCOM, 19,8% dans un CSRéf et 8,7% des cas à domicile

Bako M M.[11] avait trouvé un taux de 78% des cas dans un centre de santé communautaire, et 11% à domicile.

Camara S.[16] avait trouvé 70% dans un centre de santé et 18% à domicile.

Diakité Y.[17] avait trouvé 78,19% dans un centre de santé et 7,5% à domicile.

La durée du travail avait été ≥ 12 heures de temps chez 52 patientes soit 41,3%.

Bako M.[11], Koita R.[10] et Diakité Y.[17] avait trouvé respectivement 44%, 72% et 67% de durée de travail ≥ 12 h.

L'utilisation de l'ocytocine avait été la cause de la rupture utérine chez 26,77% des cas.

Berthé F K.[22] , Camara S.[16] et Diakité Y.[17] avaient trouvé respectivement 51,7% , 35,7% et 23,7% d'utilisation d'ocytocine.

Les présentations dystociques telles que les présentations de l'épaule et celles du siège avaient été les causes classiques des ruptures utérines les plus fréquentes avec respectivement 11 cas soit 8,7% et 14 cas soit 11,2%.

Diakité Y.[17] au Mali, et Diouf A.[24] au Sénégal ont trouvé respectivement 48% et 8,5% des cas.

Ces différentes causes ont été retrouvées dans la littérature à des taux variables Fané K.[19] , Diaby M. [25].

Dans notre étude 12 nouveaux -nés soit 8,7% avaient un poids de plus de 4000 g Bako M M.[11] Camara S.[16] avaient trouvé respectivement 8,7% et 12% de macrosomie fœtale.

Dans notre série nous avons enregistré 102 cas de ruptures complètes soit 81 % et 24 cas de ruptures sous-séreuses soit 19 %.

Le siège de la rupture était segmentaire dans 88 cas soit 69,8%, segmento-corporéal dans 31 cas soit 24,6% et corporéal dans 7 cas soit 5,5%.

Bako M M.[11] avait trouvé 45%, de rupture segmentaire 51,4% segmento-corporéal et 3,6% corporéale.

Camara S.[16] avait trouvé 80% de ruptures complètes. Le siège de la rupture a été segmentaire antérieur dans 42,8%.

Diakité Y.[17] avait trouvé respectivement 71,1% de ruptures complètes et 38,9% ruptures incomplètes.

Notre étude avait trouvé 11 cas de lésions vésicales associées à la rupture utérine.

Bako M M.[11] a trouvé 13 % de lésions de pédicule utérin, 3,6% de lésions vaginales et 1,4 % de lésion vésicale.

Koita R.[10] a trouvé 48% de lésions du pédicule utérin, 32% de lésions vésicales et 12% de lésions vaginales. Diakité Y.[17] a trouvé 10,9% de lésions du pédicule utérin, 4,8% de déchirures cervicales (col utérin), 1,4% de déchirures vaginales et 0,7% de lésions vésicales.

5. Prise en charge :

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

Nous avons réalisé une hystérorraphie simple chez 75,6% des cas, et une hystérorraphie plus ligature et résection des trompes chez 7,9% des patientes.

Ce taux est supérieur à ceux de : Bako M M.[11] a trouvé 47,1% d'hystérorraphie simple, 28,3% d'hystérorraphie plus ligature et résection des trompes ; Camara S.[16] a trouvé 40% d'hystérorraphie simple. Notre taux est inférieur à ceux de Fané K.[19] au MALI (91,9%), Guyot et al.[26] en France (100%), Diaz et al.[27] aux Etats Unis (91,7%).

Nous avons réalisé une hystérectomie subtotale chez 13,4% des patientes. Ce taux est supérieur à ceux de Diakité Y.[17] et Camara S.[16] ont réalisé respectivement : 13,2% et 10% d'hystérectomie subtotale. Notre taux est inférieur à ceux de : Traoré M.[23], Gueye [8] et Goro M.[28] qui ont rapporté respectivement 14,8% et 29,7% et 14,02 % de cas d'hystérectomie.

Le taux élevé d'hystérorraphie dans cette étude pourrait s'expliquer par la rapidité dans la prise en charge ; la parité de nos patientes a dû également jouer un rôle dans la décision.

Il faut noter que 90,5% ont été opérées sous anesthésie générale et 9,5% sous rachianesthésie où il s'agissait surtout de déhiscence de l'ancienne cicatrice utérine diagnostiquée au cours de la césarienne prophylactique.

Diakité Y.[17] avait rapporté 95,6% des patientes opérées sous anesthésie générale et 4,4% sous rachianesthésie.

La réanimation médicale a été pré, per et post opératoire chez certaines patientes. Elle a été assurée par la perfusion de la Gélufusine chez 74,2% des cas, l'oxygénothérapie chez 33,9% des cas, les catécholamines chez 29,1% des cas et la transfusion d'unités de sang iso groupe iso rhésus chez 71,65% des cas. Bako M M.[11], Camara S.[16] et Diakité Y.[17] ont trouvé respectivement 61%, 63,1% et 36% de cas de transfusion sanguine.

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

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

6. Pronostic materno-fœtal :

La rapidité du diagnostic et de la prise en charge contribue à améliorer le pronostic maternel et fœtal de cette pathologie.

Cinquante-deux patientes soit 40,94%, avaient présenté des complications.

Ces complications étaient l'anémie (27%), la suppuration pariétale (3,2%), la péritonite (1,6%) et la fistule vésico-vaginale (1,6%).

Ce taux est comparable à ceux de Bako M M.[11]a trouvé 23,9% d'anémie, 4,3% de suppuration pariétale et d'endométrite.

Diakité Y.[17] avait trouvé 15,6% de suppuration pariétale ; 7,4% d'endométrite et 0,7% de phlébite.

Nous avons enregistré 10 cas de décès maternel soit 7,9% dont 1 décès constatés à l'arrivée. Notre taux est inférieur à ceux de Camara S.[16] et Bako M M.[11] qui avaient rapporté 13,1% et 9,4% ; et nettement supérieur à ceux de Diakité Y.[17] et Koita R.[10] ont trouvé respectivement 6,5% et 5% de décès maternel.

Nous avons trouvé un lien statistique entre la nature de la rupture et les suites opératoires (P :0,003)

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 8 jours avec des extrêmes de 1 à 41 jours.

La mortalité fœtale liée à cette pathologie est très élevée. Elle est due à la souffrance fœtale aigue liée à l'arrêt de la circulation utéroplacentaire.

Ainsi nous avons trouvé 78,8% de décès fœtal. Ce taux est supérieur à ceux de Diakité Y.[17]: 56%, et inférieur à ceux de Bako M M.[11] 82,6 % de décès fœtal.

Nous avons pu sauver 32 nouveau-nés soit 25,4 % dont 18 cas soit 14,17% avaient un score d'Apgar compris entre 8 et 10 à la 1ère minute.

Bako M M.[11] 24 nouveau-nés vivants soit 15,5% dont 19 cas soit 13,8% avaient un score d'Apgar compris entre 8 et 10 à la 1ère minute.

Camara S.[16] : 13 nouveaux nés vivants soit 15,5% dont 13,2% avaient un score d'Apgar compris entre 7 et 10 à la 1ère minute.

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre la nature de la rupture utérine et l'état du fœtus, (Khi-deux de Person :0,04).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. Conclusion et Recommandations

1. Conclusion :

La rupture utérine est une urgence obstétricale et chirurgicale. Elle constitue une des principales causes de mortalité maternelle au Mali. Les létalités maternelle et fœtale de cette affection sont très élevées. La prise en charge précoce a permis de réduire considérablement la mortalité et la morbidité liées à cette complication de l'accouchement.

2. Recommandation :

Au terme de notre étude, nous avons fait les recommandions suivantes :

Aux autorités sanitaires :

- Recruter le personnel qualifié pour tous les CSCom (Médecin, sage-Femme, infirmière obstétricienne).
- Développer et améliorer les moyens de transport et l'état des routes
- Assurer la mise à niveau des agents de santé qui sont au niveau des CSCom.
- Renforcer les campagnes de sensibilisation pour le don de sang.

A l'endroit des agents socio sanitaires :

- Intensifier la CCSC à l'endroit des populations en occurrence sur les risques liés à l'accouchement à domicile.
- Faire des consultations prénatales de qualité (CPN recentrée).
- Utiliser le partographe dans la surveillance du travail d'accouchement surtout au sein des CSCom.
- Référer systématiquement toute gestante avec un facteur de risque.
- Référer à temps les parturientes.
- Etablir complètement les dossiers.
- Informatiser les dossiers si possibles.

A la population

- Eviter le mariage précoce
- Eviter les accouchements à domicile ;
- Faire régulièrement les CPN, tout en respectant les conseils et les prescriptions des CPN ;
- Espacer les naissances d'au moins un minimum de deux ans entre les grossesses ;
- Faire davantage de dons de sang volontaire.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

VII. Références Bibliographiques

1. **Merger R, Levy J et Melchior J.** : Précis d'Obstétrique, 6ème édition, Masson, Paris ; 1995 ; 597 p.
2. **Diakité I** : La rupture utérine au Csref de Koutiala. Thèse de médecine Bamako 2010 ; 283 : 89.
3. **Guiliano M, Closset E, Therby D, Le Goueff F, Deruelle P, Subtil D.** Signs, symptoms and complications of complete and partial uterine ruptures during pregnancy and delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014 Aug ; 179 :130-4.
4. **Pérez-Adán M, Alvarez-Silvares E, García-Lavandeira S, Vilouta-Romero M, Doval-Conde JL.** Ginecol Obstet Mex. 2013 Dec; 81(12):716-26.
5. **Body .G, Boog .G, Collet .M, Foumie .A, Grali .J Y, Laurent .M C et al.** : Les urgences en Gynécologie - Obstétrique. Les 6 CHRU de la Région Ouest : Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes, Tours, 2005 ; 151 p
6. **Fitzpatrick KE, Kurinczuk JJ, Alfirevic Z, Spark P, Brocklehurst P, Knight M.** Uterine rupture by intended mode of the delivery in the UK: a national case_control study. 2012 ; 9 (3) :1001184
7. **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.
8. **Gueye L, Thiam M, Niang MM, Ba PA, Mahammat 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.
9. **Diabaté A K.** : Rupture utérine à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Thèse de médecine Bamako 2007 ; 131 : 98.
10. **Koita R.** : Aspect épidémio-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 ; 121 : 89.
11. **Bako M M.** Etude épidémio-clinique thérapeutique et pronostique de la rupture dans le service de gynécologie obstétrique du CHU_GT. Thèse de médecine 2019 ; 360 : 103.

12. **Coulibaly M.** : Rupture utérine : Aspects épidémio-cliniques thérapeutique et pronostic au Centre de Santé de Référence de Bougouni. These médecine Bamako 2020 ; 82 : 88.
13. **Ministère de la santé du Mali, Direction Régionale de la Santé (DNS)** : Protocole des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, Novembre 2006, MALI ; 59 p.
14. **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.
15. **Lanjac J, Berger C et Magni G** : Obstétrique : Collection pour le praticien, 4ème édition. Paris : Masson, 2003 ; 469 p.
16. **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 ; 170 : 99.
17. **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 ; 267 : 97.
18. **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-foetal. 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.
19. **Fane K.** : La rupture utérine au centre de santé de référence de Bougouni : aspects cliniques thérapeutiques et pronostic. Thèse de Médecine, Bamako 2014 ; 271 : 100.
20. **Semé K.** : Rupture utérine à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou thèse de médecine Bamako 2010 ; 443 : 83.
21. **Kabibo S, Sambo B A, Tchaou B A, Sidi R, Denakpo J, Lokossou A, Perrin R X.** Les ruptures utérines à l'hôpital de référence de PARAKOU (BENIN) : Aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques. Faculté de Médecine, Université de Parakou (Bénin). European Scientific Journal August 2015 édition vol.11, N°.24 ISSN : 1857 – 7881 (Print) e – ISSN 1857 – 7431.
22. **Berthé F K.** : Les ruptures utérines : Aspect épidémioclinique et pronostic materno-foetal au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. These médecine Bamako 2022 ; 125 : 112.

- 23. Traoré M. :** Aspects épidémiocliniques thérapeutiques et pronostics de la rupture utérine au CS Réf de Koutiala. Thèse médecine Bamako 2020 ; 338 : 71.
- 24. Diouf A, Dao B, Diallo D, Morenra P et Diadhiouf F. :** Les ruptures utérines au cours du travail d'accouchement : expérience d'une maternité de référence à Dakar (Sénégal). Médecine d'Afrique Noire : 1995, 42 (11) 594-597.
- 25. Diaby M. :** Les urgences gynéco - obstétricales au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako à propos de 184 cas, Thèse Médecine, Bamako 2008 ; 391 : 102.
- 26. Guyot A, Carbonnel M, Frey C, Pharisien I, Uzan M, Carbillon L.** Rupture utérine : facteurs de risques, complications maternelles et fœtales. J Gynecol Obstét Biol Reprod 2010 ; 39 : 238-45.
- 27. 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.
- 28. Goro M. :** Hystérectomies au service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako ; thèse de Médecine, Bamako 2015 ; 304 : 93.

ANNEXES

Fiche d'enquête

Fiche n°:...../...../...../

I. Identification de la patiente

Nom et prénom :

Date et heure d'entrée : / ___ / ___ / ___ / à / ___ /h/ ___ /min

II. Données socio démographique :

Age (ans) : / ___ /

1 : moins de 19 ans, 2 : 19 à 25 ans, 3 : 26 à 30 ans, 4 : 31 à 35 ans, 5 : Plus de 35ans

Ethnie : / ___ /

1 : Bambara, 2 : Khassonké, 3 : Peulh, 4 : Soninké, 5 : Autre

Résidence : / ___ /

1 : Urbaine, 2 : Rurale

Statut matrimonial : / ___ /

1 : Mariée, 2 : Célibataire, 3 : Divorcée, 4 : Veuve

Niveau d'instruction : / ___ /

1 : Non instruite ; 2 : Primaire ; 3 : Secondaire ; 4 : Supérieur

5 : Autres à préciser :

Profession : / ___ /

1 : Ménagère, 2 : Elève / étudiante, 3 : Coiffeuse, 4 : Vendeuse,

5 : Autres à préciser :

Profession du conjoint :

III. Admission

3.1. Mode d'admission : / ___ /

1 : Evacuée, 2 : Venue d'elle même

3.2. Moyen de transport : / ___ /

1 : Ambulance, 2 : Transport en commun, 3 : Voiture personnelle,

4 : Autres à préciser :

3.3 Provenance (centre de santé ayant transféré) : / ___ /

1 : CSréf, 2 : CScom, 3 : Clinique, 4 : Cabinet, 5 : autre à préciser :

Date et heure d'admission au centre ayant transféré : / ___ / ___ / ___ / à / ___ / h / ___ / mn

Heure de prise de décision du transfert : / ___ / heures / ___ / mn

3.4. Motif d'admission : / ___ /

1 : RU, 2 : HPPI, 3 : PP, 4 : Autres à préciser :

.....

Partogramme : / ___ / 1 : Oui, .: Non

IV. Antécédents

4.1. Médicaux : / ___ /

1 : Diabète, 2 : HTA, 3 : Drépanocytose, 4 : VIH, 5 : Aucun, 6 : Autres

4.2. Chirurgicaux :

Césarienne : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Myomectomie : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Cure de fistule vésico-vaginale : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Plastie utérine : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Salpingectomie : / ___ / 1. Oui ; 2. Non

Hystéroscopie : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Aucun : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

4.3. Obstétricaux :

Gestité : / ___ /

1 : Primigeste, 2 : Paucigeste, 3 : Multigeste, 4 : Grande multigeste

Parité : / ___ /

1 : Nullipare, 2 : Primipare, 3 : Paucipare, 4 : Multipare, 5 : Grande multipare

Nombre d'enfant vivant : / ___ /

1 : 0, 2 : 1, 3 : 2, 4 : 3, 5 : 4, 6 : ≥ 5

Nombre d'enfant décédé : / ___ /

1 : 0, 2 : 1, 3 : 2, 4 : 3, 5 : 4, 6 : ≥ 5

Nombre d'avortement (spontané ou provoqué) : / ___ /

1 : 0, 2 : 1, 3 : 2, 4 : 3, 5 : 4, 6 : ≥ 5

Intervalle inter génésique : / ___ /

1 : < 1 an, 2 : ≥ 1 an

Année de la dernière césarienne : / ____ /

Nombre de césarienne : / ___ /

1 : 0, 2 : 1, 3 : 2, 4 : 3, 5 : ≥ 4

V. Histoire de la grossesse actuelle :

5.1. DDR : / ___ / ___ / ____ /

5.2. Age gestationnel : / ___ / SA, DPA : / ___ / ___ / ____ /

5.3. CPN : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Nombre : / ___ /

1 : 0, 2 : 1, 3 : 2, 4 : 3, 5 : 4, 6 : ≥ 5

Qualification de l'auteur : / ___ /

1 : Médecin, 2 : Sage-femme, 3 : Infirmière obstétricienne,

4 : Matrone, 5 : Inconnu

Lieu : / ___ / 1 : Hôpital, 2 : CSRéf, 3 : CSCom, 4 : Clinique, 5 : Cabinet

5.4. Bilan biologique obligatoire : / ___ /

1 : Complet, 2 : Incomplet

Groupage : / ___ /

1 : Fait, 2 : Non fait

Autres :

.....

5.5. Pathologies au cours de grossesse : / ___ /

1 : HTA, 2 : Diabète, 3 : Infection génito-urinaire, 4 : VIH, 5 : Aucune

5.6. Prophylaxie anti-palustre : / ___ /

1 : Oui, 2 : Non

Prophylaxie antianémique : / ___ /

1 : Oui, 2 : Non

Prophylaxie antitétanique (VAT) : / ___ /

1 : 1 dose, 2 : 2 doses, 3 : Rappel

VI. Travail d'accouchement

6.1. Début : date : / ___ / ___ / ___ / et / ___ / heure / ___ / mn

6.2. Lieu de déroulement du travail : / ___ /

1 : Hôpital, 2 : CSRéf, 3 : CScom, 4 : Domicile, 5 : Cabinet, 6 : Clinique

6.3. Durée du travail d'accouchement : / ___ /

1 : < 12 heures, 2 : ≥ 12 heures

6.4. Voie d'accouchement : / ___ /

1 : voie basse, 2 : laparotomie

VII. Données cliniques

7.1. Etat général : / ___ /

1 : Bon, 2 : Passable, 3 : Mauvais, 4 : Agitation, 5 : Coma et

6 : Décès constaté à l'arrivée

7.2. Signes généraux :

TA : / T° : / Pouls : /, FR..... /

Conjonctives : / ___ / 1 : Pales, 2 : Colorées

Sueurs froides : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Soif intense : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Sensation de coulée du liquide chaud dans le ventre : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

7.3. Signes physiques :

Hauteur utérine (HU) : cm /

Nombre de CU / 10mn : / ___ / 1 : <3, 2 : 3 à 5, 3 : ≥6

BDCF : / ___ / 1 : Absent, 2 : Présent

Palpation du fœtus sous la peau : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Métrorragie : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Dilatation du col utérin : / ___ / 1 : ≤3cm, 2 : ≥4cm

Variété de présentation : / ___ / 1 : Céphalique, 2 : Siège et 3 : Transverse

Niveau de la présentation : / ___ / 1 : Engagée, 2 : Non engagée

Bassin : / ___ / 1 : Normal, 2 : Limite, 3 : Rétréci, 4 : Asymétrique

Rupture prématurée des membranes: / ___ / 1 : < 6 heures, 2 : > 6 heures

7.4. Examens para cliniques

Groupage Rhésus : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Taux d'hémoglobine : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

VIII. Diagnostic étiologique

8.1. Circonstances de découverte

Rupture utérine sur utérus sain : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Rupture utérine sur utérus cicatriciel : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Rupture utérine suite à une manœuvre : / ___ / 1 : Expression abdominale,
2 : Forceps/ Ventouse, 3 : VMI, 4 : VME, 5 : Autres

Utilisation abusive des ocytociques : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

8.2. Circonstances du diagnostic

Tableau franc de rupture utérine : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Rupture utérine découverte au cours d'une révision utérine : / ___ / 1 : Oui, 2 :
Non

IX. Lésions anatomopathologiques

9.1. Nature de rupture : / ___ / 1 : Complète, 2 : Partielle (sous séreuse)

9.2. Siège : / ___ / 1 : Segmentaire, 2 : Corporéale, 3 : Segmento-corporéale

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

9.3. Lésions associées : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Si oui à préciser :/

X. Méthodes de traitement

11.1 Traitement chirurgical :

a. Hystérorraphie sans ligature tubaire : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

b. Hystérorraphie avec ligature tubaire : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

c. Hystérectomie subtotale : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

d. Hystérectomie totale : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

e. Mise en place de drain : / ___ / 1 : Unique, 2 : Bilatéral

10.2. Traitement médical :

a. Antibiotiques : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

b. Transfusion : / ___ / 1 : Oui et 2. Non

Quantité prescrite : / ___ / et Quantité reçue : / ___ /

10.3. Durée de l'intervention :heure.....mn

XI. Evolution et pronostic

11.1. Suites simples : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

11.2. Complications : / ___ / 1. Oui, 2. Non

Infection pariétale : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Endométrite : / ___ / 1 : Oui ; 2 : Non

Péritonite : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Septicémie : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Anémie : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Phlébite : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Décès : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Préciser la cause: / ___ / 1 : Anémie décompensé, 2 : Choc hémorragique, 3 :
Septicémie

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

Durée d'hospitalisation (en jour) : / ___ / 1 : 0, 2 : 1-3, 3 : 4-6, 4 : 7-10, 5 : >10

XII. Nouveau-né :

Vivant : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Si vivant : Apgar : 1mn / ___ /, 5mn / ___ /, 10mn / ___ /

Si décédé : Cause :

Poids en (gramme) : / ___ / 1 : < 2500 g, 2 : 2500g-3999g, 3 : ≥4000g

Taille (en cm) : / ___ / 1 : <47 cm, 2 : >47cm

Périmètre crânien (en cm) : / ___ / 1 : <30cm ,2 : 30cm-35cm, 3 : ≥36cm

Malformation : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Référé : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Fiche signalétique :

Nom : DAOU **Prénom :** Issa

Email : nabilaissadaou@gmail.com

Titre de la thèse : Etude épidémio-clinique, thérapeutique et évolutive de la rupture utérine dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Année universitaire : 2022-2023

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, hôpital de Kayes, santé publique/santé communautaire.

RESUME :

Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique à collecte rétrospective allant du 1er Janvier 2012 au 31 décembre 2021 soit une période de 10 ans dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

Ont été incluses dans notre étude tous les cas de rupture utérine diagnostiqués et prise en charge dans le service pendant la période d'étude.

Résultats :

Nous avons colligé 127 cas de rupture utérine sur 37701 accouchements soit une fréquence de 0,3%.

L'âge moyen de nos patientes 29 ans avec des extrêmes allant de 15 et 45 ans. Les patientes ont été évacuées dans 78,74% des cas. Le travail prolongé a été le premier motif d'évacuation avec 14,2% des cas. Les cicatrices utérines ont été le premier facteur de risque avec 27,6%. Les ruptures complètes ont représenté 81% et le siège était segmentaire dans 69,8% des cas. L'hystérogaphie a été pratiquée chez 75,6% de nos patients. L'évolution a été favorable chez les mères dans 59,52% des cas et l'anémie la complication postopératoire la plus fréquente 34,1%. Le décès maternel était de 7,9% et 74,6% de décès fœtal.

Conclusion :

La rupture utérine 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, prise en charge, Pronostics, maternel, fœtal, hôpital de Kayes.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

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

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

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !