

ABREVIATIONS

B.G.R : bassin généralement rétréci

CFIS : centre de formation des infirmières de Ségou

CFTSS : centre de formation des techniciens socio sanitaires

CU : contraction utérine

CPN : consultation prénatale

Cm : centimètre

COMATEX : compagnie malienne de textiles

CSCOM : centre de santé communautaire

EFTSS : école de formation des techniciens socio sanitaires

gr : gramme

IEC : information éducation communication

Km : kilomètre

ml : millimètre

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION	1
II- GENERALITES.....	3
1- Définition.....	
2- Anatomie d'un utérus gravide.....	
3- Physiologie de l'utérus gravide.....	
4- Anatomie pathologie des ruptures utérines.....	
5- Rappel physiologique.....	
6- Etiologies.....	
7- Diagnostic des ruptures utérines.....	
8- Traitement.....	
9- Pronostic.....	
10- Attitudes prophylactiques.....	
III METHOLOGIE.....	43
IV RESULTATS.....	51
V COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	70
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	80
VI REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	82
VII ANNEXES.....	86

I INTRODUCTION

Dans de très nombreux pays en voie de développement ; particulièrement en Afrique, un très grand nombre de femmes accouchent dans des conditions extrêmement précaires à des dizaines voire des centaines de kilomètres de toute structure médicalisée et avec pour toute assistance celle des accoucheuses traditionnelles qui ignorent en général tout de l'anatomie pelvienne et de l'obstétrique et des dystocies.

A ceci s'ajoute l'absence de moyen de transport adéquat vers les centres susceptibles d'assurer un secours obstétrical. Arrivée à destination, la parturiente ne trouve pas toujours l'équipe obstétricale capable d'assurer sa délivrance.

La rupture utérine est l'une des principales causes de mortalité maternelle en Afrique. En effet son pronostic foetal est l'un des plus catastrophiques sur le plan de morbidité et mortalité .Elle est une cause majeure de décès maternel dans les pays en voie de développement ; particulièrement au MALI.

En outre une étude qualitative des causes de mortalités maternelles à Bamako montre que la rupture utérine occupe la deuxième place avec une fréquence relative de 20 % des décès [18].

La rupture utérine constitue l'un des principaux motifs d'évacuation sanitaire dans nos pays, elle reste l'apanage de l'utérus fragilise par la multiparité sur des présentations dystociques, des disproportions foeto-pelviennes et des bassins rétrécis.

Dans des pays hautement médicalisés, la rupture utérine est exceptionnelle : en France il y a une rupture pour 1299 accouchements [48] aux USA une rupture pour 16849 accouchements [49] preuve que cette pathologie n'est pas une fatalité.

Son traitement impose parfois l'hystérectomie qui compromet la procréation chez des femmes encore jeunes et sans enfants, dans des pays où la stabilité de la famille tient aux enfants.

Quant à la prévention ; elle nécessite des politiques bien réfléchies prenant en compte une meilleure répartition des structures de santé, leur dotation

Rupture utérine

suffisante en personnel qualifié et une meilleure organisation de la référence \ évacuation à un coût abordable pour les bénéficiaires.

Pour mieux cerner ce problème dans la région de Ségou nous avons initié ce travail à l'HÔPITAL RÉGIONAL de Ségou qui est le niveau de deuxième référence le plus élevé en matière obstétricale dans la région.

Rupture utérine

OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Etudier la rupture utérine à l'hôpital Nianankoro FOMBA de SEGOU.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

Déterminer la fréquence des ruptures utérines

Préciser les caractéristiques socio-économiques des patientes

Analyser les aspects cliniques de la rupture utérine

Analyser la prise en charge

Evaluer le pronostic materno-foetal

Proposer les lignes directives

II GENERALITES

1- DEFINITION : Selon LAFFONT et BONAFOS, la rupture utérine se définit comme étant « toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus gravide ou parturiente, plus ou moins étendue complète ou incomplète, localisée le plus souvent au segment inférieur, et parfois au corps, réalisante brèche spontanée ou provoquée, et de dedans en dehors » [4 ; 32]

Cette définition permet d'éliminer d'emblée :

- * les plaies utérines exceptionnelles résultant d'un traumatisme externe,
- * les perforations dues aux manœuvres abortifs
- * les déchirures ou autres lésions limitées au col utérin,

2- RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS GRAVIDE

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

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

o **Anatomie descriptive et rapports**

2-1-Le corps de l'utérus

2-1-1 Anatomie macroscopique

❖ **Volume et forme** : l'utérus augmente progressivement de volume, d'autant plus vite que la grossesse est plus avancée

❖ **Dimensions** :

	Largueur	Hauteur
-Utérus non gravide	6-8 cm	4-5 cm
-à la fin 3 ^{eme} mois	13 cm	10 cm
-à la fin du 6 ^{eme} mois	24 cm	16 cm
-à terme	32 cm	22 cm

❖ **La forme de l'utérus** : Elle varie avec l'Age de la grossesse globuleux pendant les trois premiers mois, il devient ovoïde à grand axe vertical et à grossesse extrémité supérieure pendant les dernières mois.

Rupture utérine

❖ **Capacité** : non gravide, la capacité de l'utérus est de 2-3ml. A terme elle est de 4-5l.

❖ **Poids** : l'utérus non gravide pèse environ 50gr. A terme son poids varie de 900 à 1200gr.

❖ **Épaisseur des parois** : elle varie :

Au début de la grossesse elles s'hypertrophient, puis s'amincit progressivement en proportion de la distension de l'organe.

A terme, l'épaisseur des parois est :

8-10cm au niveau du fond,

5-7cm au niveau du corps.

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

❖ **Consistance** :

Non gravide, l'utérus est ferme ; il devient mou pendant les premières semaines de la grossesse.

❖ **Situation** :

L'utérus est en situation pelvienne en dehors de grossesse et pendant les premières semaines de celle-ci.

Son fond déborde légèrement le bord supérieur du pubis dès la fin du 2^e mois

Secondairement son développement se fait dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

❖ **Direction** :

En début de grossesse l'utérus garde son antéversion qui, d'ailleurs peut être accentuée.

Ensuite, il s'élève dans l'abdomen derrière la paroi abdominale antérieure.

A terme, sa direction dépend de la paroi abdominale antérieure. L'utérus subit un mouvement de rotation autour de son axe vertical, de gauche à droite, orientant ainsi sa face antérieure en avant et à droite.

❖ **Rapports** :

Au début de la grossesse : les rapports de l'utérus sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse. Ils sont encore pelviens.

A terme : l'utérus est abdominal.

.En avant : sa face antérieure répond à la paroi abdominale. Il n'y a pas d'interposition d'épiploon ou d'anses grêles chez les parturientes en dehors d'opération ayant porté sur la cavité abdominale. Elle rentre en rapport dans ses parties inférieures avec la vessie lorsque celle-ci est pleine.

.En arrière : l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale ; la veine cave inférieure et l'aorte.

Sur les flancs, les muscles psoas croisés par les uretères une partie des anses grêles.

En haut : le fond utérin soulève le colon transverse, refoulent l'estomac en arrière et peut rentrer en rapport avec les fosses cotes.

A droite : il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire.

Le bord droit est tourné vers l'arrière, il rentre en contact avec le cæcum et le colon ascendant,

Le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et en arrière au colon ascendant.

❖ La Structure

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

.La séreuse : s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle.

Elle adhère intimement à la musculuse' du corps, alors qu'elle se clive facilement du segment inférieur.

La ligne de démarcation entre ses deux régions est appelée ligne de solide attache du péritoine.

.La musculuse : est constitué de trois couches de fibres lisses qui ne peuvent être mise en évidence que sur l'utérus distendu.

Il existe deux assises de faisceaux circulaires superposés. Ces assises, externe et interne, forment la partie contractile de l'organe.

La couche plexi forme, en renfermant de nombreux faisceaux, se situe entre les faisceaux circulaires.

.La muqueuse : dès l'implantation elle se transforme en caduque.

2-1-2 Le segment inférieur :

C'est la partie basse, amincie de l'utérus gravide, située entre le corps et le col. Il acquiert son plein développement dans les trois derniers mois .Il est crée par la grossesse et disparaît avec elle : c'est donc « une entité

anatomique et physiologique qu'acquiert l'utérus grévde au cours de la gestation ».

- **La forme** : elle est celle d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col se situe sur la convexité, mais assez en arrière, de sorte que sa paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure.
- **La Situation** : le segment inférieur occupe au dessus du col, le tiers inférieur de l'utérus.
- **Les Caractères** : sa minceur est le caractère essentiel. De 2-4cm d'épaisseur, le segment inférieur coiffe intimement la présentation. C'est le cas de la présentation du sommet.
- **Les Limites** : la limite inférieure correspond à l'orifice interne du col. La limite supérieure se reconnaît par le changement d'épaisseur de la paroi qui augmente en devenant corporeales.
- **Origine Formation** : le segment inférieur se développe au dépens de l'isthme utérin qui est une zone ramolli. Ce développement commence dès le début de la grossesse comme le prouve le signe de Hegar.

Cependant, il n'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 pour constituer le canal cervico segmentaire.

- **Structure** : le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques. Il s'identifie véritablement par sa texture amincie.

Aussi une césarienne segmento-corporeales montre telle l'évidence des variations d'épaisseurs.

Histologiquement, le segment inférieur n'a pas de couche plexi forme du myomètre. Or, cette couche est la plus résistante.

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.

- **Physiopathologie** : l'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue clinique, physiologique et pathologique.

Physiologiquement, c'est un organe passif se laissant distendre. Situé comme un amortisseur entre le corps et 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. Il reste au contraire flasque, épais, distend dans la dystocie.

Dans les bonnes conditions, il laisse aisément le passage au fœtus.

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.

- **Les Rapports 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 ;

.La face antérieure : elle est recouverte 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 vesico- utérin.

Séparée du segment inférieur par du tissu conjonctif lâche, la vessie peut être facilement décollée être foulée vers le bas. Il y a une ascension de la vessie en fin de gestation lorsque la présentation est engagée. Ainsi, elle a tendance à devenir sus-pubienne. Elle peut masquer le segment inférieur suivant son degré de réplétion.

Cette ascension est aussi favorisée par les adhérences entre la vessie et la suture de césarienne.

Rupture utérine

Ce rapport particulier de la vessie et du segment inférieur explique en grande partie les atteintes vésicales au cours de la rupture utérine.

La Face postérieure : par l'intermédiaire du cul de sac de Douglas, devenu plus profond, le segment inférieur répond au rectum et au promontoire.

.Les Faces latérales : elles sont en rapport avec les bases du ligament large, dont les feuillets, antérieur et postérieur s'écartent fortement.

Dans ce paramètre se trouve les repères chirurgicaux importants : l'artère utérine et l'uretère pelvien.

Le 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 la rupture utérine.

2-1-3 Le col de l'utérus :

Le col est peu modifié pendant la grossesse contrairement au corps.

🚦 **Forme et volume** : ne change pratiquement pas.

🚦 **Situation et direction** : elle ne change qu'à la fin de la grossesse lorsque la présentation s'accommode ou s'engage. Reporté souvent en bas et en arrière, c'est vers le sacrum que le doigt le repère au cours du toucher vaginal.

🚦 **La Consistance** : devient plus molle. près du terme.

Les orifices internes et externes du col restent fermés jusqu'au début du travail chez la primipare.

Chez la multipare, l'orifice externe est souvent entrouvert.

L'orifice peut être lui aussi perméable au doigt dans le dernier mois.

Il peut être franchement dilaté mais le col conserve sa longueur et ne s'efface pas avant le travail.

Ils ne sont que la suite naturelle de l'ampliation et de la formation du segment inférieur

2-2 Vascularisation de l'utérus gravide : La vascularisation artérielle est assurée par 3 artères :

- **L'artère utérine** : Elle est assurée essentiellement par l'artère utérine .Elle naît de l' artère iliaque interne ,se dirige verticalement puis en dedans et en haut traversant les régions rétro

-ligamentaire puis intra -ligamentaire .Dans ces deux premières régions , elle est accompagnée de l'uretère qu'elle surcroise avant de se couder .Elle donne de nombreuses branches collatérales cervicales ,corporeales vaginales et aux organes voisins avant de se terminer au niveau de l'embouchure de la homolatérale .

- **.Artères ovariennes** : Elle a en général ,un rôle peu important dans l'irrigation de l'utérus L'artère ovarienne naît de l'aorte abdominale au niveau de L4 Elle est accompagnée par la veine ovarienne , par des lymphatiques et par un plexus nerveux et elle croise en bas et latéralement l'uretère au niveau de L4 ou L5 et les vaisseaux iliaques externes Elle se termine à l'extrémité supéro-latérale de l'ovaire en donnant des rameaux ovarienne et le rameau tubaire latérale, anastomoses de façon variable avec les rameaux homologues de l'artère utérine:
- **Artère du ligament rond** : Née de l'artère épigastrique inférieure au niveau de sa crosse Elle se divise en 2 rameaux se dirigeant :

*l'un vers la grande lèvre

*l'autre vers la corne utérine où il s'anastomose avec un rameau de l'artère utérine

2-2-1 Les veines

Elles sont considérablement développées et forment les gros troncs veineux latéro-utérins. Ceux-ci collectent les branches corporeales réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche plexiforme.

Après la délivrance, les branches corporeales sont soumises à la rétractilité des anneaux musculaires.

2-2-2. Les lymphatiques :

Nombreux et hypertrophiés, ils forment trois réseaux communiquant largement entre eux. Ce sont les réseaux :

.muqueux,

.musculaire,

.et sous séreux.

2 2 3- Innervation

Deux systèmes sont en jeu.

2 2 3 1. 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.

2 2 3 2. Le système extrinsèque

Il est formé par les plexus hypogastriques inférieurs qui sont plaqués sur la face latérale des viscères pelviens, utérus et vagin mais aussi rectum et vessie.

Ces plexus proviennent :

- .des racines lombaires : sympathique ou nerfs splanchniques
- .et des racines sacrées de nature parasympathique.

2-3 PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS GRAVIDIQUE

L'utérus se contracte d'un bout à l'autre de la grossesse.

Au début les contractions utérines sont espacées, peu intenses et indolores.

En fin de grossesse ou au cours du travail elles se rapprochent, deviennent plus violentes et douloureuses.

Les contractions utérines résultent d'un raccourcissement des chaînes de protéines contractiles ou actomyosines, 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'activité utérine a un double but :

- .la dilation du col,
- .l'accommodation foeto-pelvienne.

2-3-1- La dilatation du col :

C'est le temps le plus long de l'accouchement, il comprend plusieurs étapes :

.Phase préliminaire ou phase de formation du segment inférieur :

Elle a lieu dans les dernières semaines de la gestation sous l'effet des pressions exercées par les contractions utérines et du tonus permanent de l'utérus.

Cette phase se fait au dépend de l'isthme de musclé, élastique, aminci qui s'individualise nettement du reste de l'utérus. Le segment inférieur formé se

Rupture utérine

moule alors sur la présentation immobile : c'est l'adaptation foeto-segmentaire.

.Phase concomitante :

Se caractérise par :

- .le décollement du pôle inférieur de l'œuf,
- .la formation de la poche des eaux.

.Phase de réalisation

C'est celle de la dilatation proprement dite.

L'effacement et la dilatation du col nécessitent un certain nombre de conditions qui sont :

- .la présence de bonnes contractions utérines ;
- .un segment inférieur bien formé qui transmet les forces à un col « prépare » ;
- .une présentation adéquate qui plonge dans un bassin normal ;
- .enfin une bonne accommodation foeto-pelvienne.

2-3-2- L'accommodation :

Elle comprend :

- **l'engagement** : c'est le franchissement par la présentation de l'aire du détroit supérieur ;
- **la rotation et la descente intra-pelvienne** ;
- **le dégagement** : les contractions des muscles abdominaux et le réflexe de poussée sont indispensables pour que l'expulsion de l'œuf est lieu. Ils sont associés aux contractions utérines. Ces contractions utérines sont essentielles et indispensables pour la bonne marche des phénomènes préparatoires de l'accouchement et à l'accouchement lui-même. Elles constituent la force motrice de l'utérus gravide et assurent l'hémostase après délivrance.

2-3-3 Mécanisme des ruptures

2-3-3-1 Analyse des contractions utérines :

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

- **Hypercinésie de fréquence :** En cas d'obstacle prævia, les contractions utérines entraînent rapidement une rétraction utérine avec comme conséquence la rupture utérine.

Il faut craindre une inertie utérine après cette « tempête » de contraction.

- **Hypertonie utérine :**

L'utérus est continuellement tendu, dur.

La palpation est douloureuse même dans l'intervalle des contractions utérines. C'est un défaut de relâchement du myomètre entre les contractions.

Leur danger est la perturbation des échanges foëto-maternels entraînant une souffrance foëtale par hypoxie.

- **Rétraction utérine :**

C'est une contracture permanente. Elle s'observe dans certaines conditions :

- .travail prolongé avec rupture précoce de la poche des eaux ;
- .lutte de l'utérus contre un obstacle prævia ;
- .enfin en cas de présentation vicieuse abandonnée a elle-même.

C'est la rétraction de tout le muscle utérin.

Le grand danger est la rupture utérine.

- **Inertie utérine :**

Sa manifestation par des contractions très espacées ; des douleurs d'abord fortes et rapprochées, s'espacent et deviennent faibles. Elles peuvent cesser complètement.

Dilaté, le col revient sur lui-même. Alors le travail peut durer pendant plusieurs jours.

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

Si cette cause persiste, le muscle utérin se contracte, se tétanise ; à ce moment il est prêt à la rupture .Il finit par se rompre si l'obstacle n'est pas lève.

Cette rupture siègera volontiers au niveau de la partie la plus fragile : le segment inférieur.

2-3-3-2 Théories :

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

- **La théorie de BANDL**

Cette théorie explique surtout les ruptures utérines par dystocies osseuses.

Pour BANDL, la rupture utérine est le résultat d'une distension exagérée du segment inférieur sous l'effet des contractions utérines. C'est la fin du combat ayant opposé le corps et le col.

L'utérus chasse le fœtus qui, sans progresser, se loge en le distendant, dans le segment inférieur.

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

L'anneau de BANDL s'explique par la rétraction exacerbée de l'utérus avec un étirement du segment inférieur. L'utérus prend alors une forme caractéristique : celle du sablier. Cette situation aboutit à une mort foetal in utero, puis à la rupture utérine proprement dite.

- **La théorie de l'usure perforante :**

Ici, la rupture s'expliquerait par une compression prolongée et de plus en plus accrue de la paroi utérine sur un relief du détroit supérieur. Le muscle utérin est toujours pris dans un étau dont l'un des bords est constitué par le pôle foetal et l'autre par la paroi pelvienne.

Au fur et à mesure que le travail progresse l'étau se ressert puis, lorsque que la pression devient trop forte, apparaît la rupture.

Cette théorie, déjà évoquée par Mme LACHAPELLE, est ensuite essentiellement défendue par BRENS et par IVANOFF et SIMPSON.

Mme LACHAPELLE avait émis une idée que le segment inférieur, tirailé était comme éliminé puis comprimé par le bassin et la présentation. Il subissait alors une sorte d'issue perforante si bien que fissuré, il finissait par le 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'escarre avec lésions viscérales

associées et les ruptures survenant dans les bassins crêtes ou à épines (KILLAN).

La théorie de BANDL et celle de BRENS ne s'opposent pas.

Suivant la nature étiologique, ces deux mécanismes aboutissent à la rupture utérine, soit chacun pour son propre compte, soit en additionnant leur effet.

En résumé, une dystocie osseuse ou des parties molles, une macrosomie ou la présentation dystocique du fœtus, responsable du gêne à la descente du mobile dans la filière maternelle, déclenche, une lutte de l'utérus contre l'obstacle et son évacuation.

La persistance de la cause première, la prolongation de la lutte, la moindre résistance d'un utérus cicatriciel, le traumatisme intempestif manuel ou autre sera à l'origine de la rupture utérine.

La distension et la compression s'intriquent mais l'ischémie des tissus a un rôle très déterminant.

2-4 ANATOMIE PATHOLOGIE DES RUPTURES UTERINES :

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

2-4-1 Siège : deux grands groupes

°Les ruptures utérines segmentaires ;

°les ruptures utérines corporéales

2-4-1-1 Ruptures utérines segmentaires :

Elles sont de loin les plus fréquentes

Elles sont Complètes ou non, traumatiques ou spontanées, iatrogènes ou non, elles peuvent siéger en tout point du segment inférieur

Il peut s'agir d'une rupture utérine segmentaire antérieure ou postérieure pouvant atteindre les deux faces.

La nature anatomopathologique des ruptures utérines sur cicatrice a fait l'objet de travaux Ceux-ci s'attachaient à l'étude du processus de cicatrisation lui même

Ainsi, COUVELAIRE et TRILLAT attireraient déjà l'attention sur la nature conjonctive de la cicatrice qui ne serait « muscularisée » que secondairement de façon inconstante et toujours très partielle

L'examen microscopique de nombreux utérus cicatriciels met en évidence l'existence quasi constante d'un processus inflammatoire en bordure immédiate de l'ancienne cicatrice et plus à distance la paroi est atrophiée Il existe des lésions de dégénérescence avec hyalinose, collagénose et fibrose peri_vasculaire, la lumière des vaisseaux est le plus souvent rétrécie

Cependant, AUDEBERT et TOURNEUX cités par DIABATE M [14], avaient observé dans deux cas une régénération musculaire complète avec « restitution ad integrum » PICAUD [41] met l'accent sur le soin qu'il faut attacher à éviter de saisir la muqueuse lors des sutures musculaires

L'examen histologique de 12 cicatrices fait retrouver dans tous les cas la présence d'éléments endométriaux au sein du tissu musculaire Ces éléments constituent une cause d'îlot d'endométrioses qui compromettent la solidité la cicatrice [14]

Ces considérations rendent indispensable l'attention particulière que méritent les grossesses sur utérus cicatriciel

2-4-1-1-2- Ruptures utérines corporéales:

Sont les plus rares le plus souvent complète, les ruptures utérines intéressent les trois tuniques : péritonéale, musculaire, séreuse

Elles sont très souvent le fait d'une cicatrice antérieure : l'hystérotomie, curetage trop appuyés après avortement, myomectomie

Elles peuvent être fundiques ou antérieures

2-4-1-1-3 Ruptures segmento-corporéales ou cervico-corporéales :

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

2-4-2- La direction :

Elle peut être :

- Longitudinale sur le fond et les bords : c'est le cas fréquemment rencontré dans les ruptures corporéales ;
- Oblique ;

Rupture utérine

- Transversale : cas fréquent des ruptures utérines segmentaires ;
- En « T » ou en « L »

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

2-4-3- L'étendue :

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

Les troubles vasculaires sont très importants à type de :

- nécrose,
- Infarctus,
- ischémie

Les lésions infectieuses ne sont pas rares

2-4-4 la profondeur : On distingue :

- ruptures utérines complètes : 70 à 80% des cas ; toutes les tuniques sont intéressées

Elles peuvent être linéaires ou stellaires quand l'organe est éclaté

La lumière utérine est en contact avec la cavité abdominale. Aussi trouve-t-on un hémopéritoine, mélangé parfois à du liquide amniotique ou baigne le fœtus

Le placenta est souvent retrouvé, décollé, dans la cavité abdominale. Les ruptures complètes peuvent siéger aussi bien au niveau du corps que du segment inférieur.

2-4-5- L'aspect des bords lésionnels :

Ils sont variables. Les bords sont souvent effilochés, contusés.

L'artère utérine est parfois intéressée ; sa plaie est elle-même contuse, irrégulière, thrombosée, de sorte que parfois, l'artère sectionnée ne saigne pas, ou saigne peu. D'autres fois du sang s'épanche en abondance, sous forme de caillots.

Les lésions peuvent avoir les bords :

- frais : c'est le cas des désunions le plus souvent ou des ruptures assez récentes.

Rapport-gratuit.com 

3 DIAGNOSTIC :

3-1. DIAGNOSTIC POSITIF

3-1.1 TYPE DE DESCRIPTION : FORME FRANCHE CLASSIQUE :

C'est la rupture utérine au cours de la présentation négligée de l'épaule ou les défauts d'engagement dans les bassins rétrécis. C'est la forme franche la plus classique.

Devenue exceptionnelle ailleurs, cette forme est encore fréquente dans les pays sous médicalisés.

L'accident est en général précédé de prodromes qui donnent le temps de la prévoir et de le prévenir.

On dénote trois temps :

- **Premier temps (prodrome)**

L'accident ne saurait se produire avant l'ouverture de l'œuf. En effet, l'accident va de pair avec la rétraction utérine dont la condition est la rupture des membranes. Il apparaît alors les signes de rétractions utérines.

La dystocie utérine s'aggrave.

Par exemple, l'épaule qui se présente tant à s'engager. Ou, au contraire, la tête qui se présente reste élevée et ne cesse de déborder le plan de la symphyse.

L'accouchement traîne en longueur.

L'utérus intensifie le rythme et la durée des contractions qui deviennent subintrantes. Il se « cabre » contre l'obstacle.

La manifestation de cette phase de lutte est la classique « tempête » de « douleur ». La parturiente souffre de façon continue, sans répit même dans l'intervalle des contractions.

Aux anomalies de la contraction s'ajoutent la dilatation du col, qui s'œdématie et s'épaissit. La femme devient anxieuse et agitée.

- **Deuxième temps :**

La rétraction de l'utérus s'accroît ; le corps de l'utérus devient de plus en plus dur. Les contractions se marquent à peine sur ce fond de tension permanente. Le segment inférieur, au contraire s'éloigne, s'étire : c'est le signe de BANDL-FROMMEL ;

Rupture utérine

La palpation note souvent un maximum sus-pubien de la douleur provoquée, surtout il y a une ampliation et un amincissement extrême du segment inférieur qui s'individualise du corps utérin par un sillon qui donne à l'ensemble de l'utérus une forme de sablier grossit du bas et diminue du haut.

Cette déformation en brioche signe l'imminence de la rupture utérine, parfois confirmé au toucher vaginal par la stagnation de la dilatation et la tension des ligaments ronds.

Le fœtus succombe.

○ **Troisième temps**

C'est la phase de la rupture de l'utérus

.Signes fonctionnels et généraux : c'est le drame de la rupture utérine qui est le plus souvent d'une extrême violence. La femme ressent une douleur « atroce » en coup de poignard » qui se trouve localisé à un point de l'abdomen.

Elle a l'impression qu'un liquide chaud s'écoule dans son ventre.

Souvent, au contraire, les douleurs cessent ; c'est que la femme a accouché, mais elle est accouchée dans le ventre. Le fœtus s'échappe dans l'abdomen, l'utérus est libéré, un bien être apparent peut survenir ; c'est l'accalmie tristesse qui ne trompe pas un esprit averti.

Mais rapidement apparaissent des tendances à la syncope, les lipothymies, des bâillements, des signes de choc plus ou moins nets. Le pouls est rapide, la tension artérielle s'abaisse, le visage pâlit, le nez se pince, les yeux se cernent, la respiration est plus courte, les extrémités et le nez se refroidissent.

.Signes physiques : à l'inspection, si le fœtus est encore dans l'utérus, le ventre conserve sa forme. Mais, si le fœtus a quitté l'utérus, le ventre perd sa saillie oblongue pour prendre des contours diffus et irréguliers.

A l'auscultation : les bruits du cœur fœtal ont disparu.

Au palper : on provoque une douleur d'un côté, douleur exquise sur le bord rompu. On peut percevoir le fœtus sous la peau, étalé et superficiel. A côté du fœtus, situé à gauche en général, se trouve une masse ferme, qui répond à l'utérus.

En pratiquant le toucher vaginal, on voit que la femme perd un peu de sang noirâtre, d'aspect siriqueux. La présentation, sauf dans le cas où le fœtus est restée dans l'utérus, a disparu.

Ces examens trop approfondis, et trop répétés, aggravent l'état de choc et doivent être évités.

3-1.2 FORMES CLINIQUES :

- ❖ **Formes insidieuses :** les désunions d'une cicatrice de césarienne antérieure en sont l'étiologie principale. Elles peuvent aussi avoir pour cause en ancienne perforation utérine, une rupture cervico-segmentaire ancienne est inconnue. En général la symptomatologie est discrète. Elle peut même ne se manifester qu'après l'accouchement.

Parfois c'est le tableau général et le progressif du choc, car ces désunions de blessures anciennes saignent peu. L'altération du faciès, l'accélération de la tendance syncopale, le refroidissement des extrémités, l'accélération du pouls, la chute tensionnelle, la disparition des bruits du cœur fœtal, la remontée de la présentation qui cesse d'être accommodée au détroit supérieur, sont les signes principaux.

Ce tableau peut s'observer à n'importe quel moment du travail, souvent au début.

La symptomatologie peut être encore moins significative. C'est ainsi que l'apparition d'une souffrance fœtale objectivée ou même la disparition des bruits du cœur peuvent être la seule manifestation clinique ; ou encore l'existence d'une douleur exquise provoquée dans le flanc ou sur le bord de l'utérus, à la pression du segment inférieur déjà césarisé.

La rupture ne peut se révéler qu'après l'accouchement ; mais en général elle se manifeste avant la délivrance artificielle, sous des aspects peu explicités.

Parfois l'enfant naît mort ou de façon inattendue en état de grande détresse.

Ou encore une petite hémorragie se produit et se prolonge ; ou bien, au contraire, en l'absence de saignement, le placenta ne se décolle pas, pendant que l'état général s'altère plus ou moins. On est ainsi amené à pratiquer la délivrance artificielle et à reconnaître la rupture, du moins si l'on en a évoqué l'éventualité.

Après la délivrance, la symptomatologie peut se limiter à un choc isolé.

Rupture utérine

La révision est ici, indispensable.

La symptomatologie peut même être nulle. La désunion est découverte par la révision utérine qui doit être faite chez toute femme ayant une césarienne antérieure.

Formes compliquées

Les complications peuvent modifier la symptomatologie.

Ainsi, les ruptures s'étendant en « L » large se signaleraient par l'irradiation des douleurs vers les membres inférieurs. Les lésions associées de la vessie se traduisent par un ténesme et une hématurie.

Les lésions vésicales peuvent être une simple blessure ou au contraire, un éclatement des cul-de-sac latéraux du vagin.

Le rectum n'est jamais atteint.

Les ruptures utérines peuvent s'accompagner d'afibrinogénémié [41], avec une coagulabilité sanguine.

Rupture utérine et placenta accreta

La patiente présente un long passage de douleurs abdominales ayant évolué par poussées, au cours de presque toute la grossesse. C'est une de ces crises qui va aboutir à la rupture.

Il ne faut pas faire la laparotomie.

❖ **Rupture utérine incomplète ou Rupture sous séreuse :**

Les trois tuniques ne sont pas toutes atteintes.

Ainsi, on distingue les ruptures utérines sous-péritonéales épargnant la séreuse, des ruptures extra-muqueuses qui respectent l'endomètre ; celles-ci sont rares. Elles s'expliquent par le fait, sans pathologie préalable, les ruptures sur utérus apparemment normal se propagent toujours de la séreuse vers la muqueuse. Des ruptures de ce type ont été observées sur des utérus infarcis au cours d'intervention pour décollement prématuré du placenta normalement inséré [41].

Les ruptures sous-péritonéales sont par contre assez fréquentes. Elles se situent le plus souvent au niveau du segment inférieur. Deux faits anatomiques les caractérisent :

- Le décollement plus ou moins étendu du péritoine
- L'hématome péri-utérin et sous-péritonéal.

C'est l'existence de cet hématome qui fait toute la gravité des ruptures utérines complètes, de pronostic, alors, beaucoup plus sévère qu'une déchirure complète limitée.

En effet, il infiltre le ligament large, pénètre les paramètres et dissèque par son extension tous les éléments pré latéraux et rétro utérins. C'est ainsi qu'il peut atteindre les éléments du plexus de LEE FRANCKENHAUSER, entraînant de ce fait des morts subites.

❖ **Ruptures utérines compliquées :**

On parle de rupture utérine compliquée, quand, en plus de la lésion utérine s'ajoute une lésion d'organes voisins. Elles sont dues à la prolongation de la déchirure utérine. Les Complications sont variables.

Plusieurs organes peuvent être atteints

On peut aussi observer :

- des lésions intestinales : elles sont dues le plus souvent à une compression ou l'existence d'adhérences entero-utérines.

- des lésions Vaginales : le dôme vaginal est ici le plus souvent déchiré.

- des lésions vésicales ou urétérales : c'est le cas le plus fréquent. Elles sont d'autant plus probables et plus graves que le travail dur très longtemps. Elles sont dues à compression de la vessie et de l'uretère par la présentation. Les adhérences, après césarienne antérieure, modifient les rapports de l'utérus et de la vessie qui est alors plus exposée.

Les lésions vésicales entraînent le plus souvent des fistules. Les fistules vesico- vaginales sont les plus fréquemment rencontrées.

Au point de vue, c'est une bonne règle de toujours vérifier l'intégrité vésicale après toute intervention obstétricale laborieuse : on introduit une sonde rigide dans la vessie, et on explore au par le vagin, sonde en place.

Au besoin, on inspecte à la vue sous valves et, si l'on reconnaît une brèche vésicale, on en précise le siège et les caractères.

Mais les brèches passent très souvent inaperçues de façon immédiate.

Pendant les suites de couches, un écoulement continue d'urine se produit par le vagin .On reconnaîtra la fistule par l'inspection sous valve en s'aidant parfois d'une instillation intra vésicale d'un liquide colorées (bleu de méthylène dilué par exemple).

La cystoscopie permet de situer exactement le siège de la fistule par rapport aux orifices urétraux et au col vésical.

Au cours des ruptures utérines, le sondage et la recherche d'une extension vésicale sont nécessaires. On saura toute fois que la présence d'urine sanglante peut ne traduire qu'une simple contusion.

Dans la rupture vésicale qui est parfois un éclatement, la sonde ramène du sang pur.

En dehors des ruptures utérines extensives, très graves par elles mêmes et qui doivent être opérées immédiatement, les traumatismes urinaires ne comportent qu'un pronostic fonctionnel. Mais la guérison spontanée des fistules est rare.

En l'absence de traitement, des lésions irritatives de la face interne des cuisses se produisent, le psychisme s'en ressent, et plus tardivement l'infection ascendante serait possible [41]

Ces malades sont très souvent rejetées par la société.

Les fistules recto vaginales sont exceptionnelles.

Les uretères sont atteints dans leur trajet pelvien.

Les vaisseaux peuvent être atteints entraînant un hémopéritoine très important. Il se pose alors le problème de la réanimation.

Toute rupture compliquée est extrêmement grave.

L'importance et la complexité des lésions rendent le pronostic vital très mauvais.

3-1.3. FORMES ANATOMIQUES

✓ Ruptures utérines des utérus malformés ou cicatriciels :

La rupture pendant la grossesse, volontiers, survient sur un utérus malformé ou cicatriciel. La cicatrice est généralement corporeale.

Les ruptures utérines des utérus porteurs de cicatrices se caractérisent par une allure sournoise. D'où l'intérêt d'une anamnèse minutieuse.

La femme a quelques signes de choc, et, à l'examen, les bruits du cœur fœtus ont disparu, l'utérus a changé de forme ; parfois à côté de lui, on perçoit le fœtus sous la paroi.

Le choc hémorragique est dans la plupart des cas. Il y aura plutôt une hémorragie minime, la cicatrice désunie étant une zone peu vascularisée.

Rupture utérine

Les signes de péritonite sont très peu marqués, voir absents. Ils sont remplacés par une irritation péritonéale à type de douleurs diffuses avec iléus paralytique.

Il peut s'associer une anémie clinique plus ou moins marquée. La connaissance de l'opération antérieure permet de faire aisément le diagnostic.

L'examen doit être complet et mené avec minutie.

L'aspect clinique de la rupture frustre doit faire insister sur la nécessité d'une révision utérine de prudence ou au moindre doute, et même d'une manière systématique après un accouchement le banal soit-il sur un utérus cicatriciel ou fragilisé.

✓ **Rupture de la corne utérine rudimentaire**

La survenue brutale, d'un état de choc inondation péritonéale peut faire évoquer le diagnostic de rupture d'une grossesse utérine [11]. On trouve la notion d'aménorrhée gravidique associée de douleurs pelviennes de survenues avec malaise. Il n'y a pas généralement pas de métrorragie.

L'échographie mais surtout la coelioscopie faite en urgence élimine la grossesse extra-utérine.

La laparotomie exploratrice d'urgence relève la rupture de la corne rudimentaire gravidique [45].

Rupture ischémique ou cervico-ischémique après avortement tardif

✓ **Rupture ischémique** : elle revêt deux aspects cliniques :

Au cours d'un avortement apparemment normal, survient une violente douleur abdominale avec malaise, pâleur, chute tensionnelle. La laparotomie retrouve l'œuf dans l'abdomen ou dans l'espace retro péritonéal et la brèche au niveau du segment inférieur.

Au cours d'un avortement survient une hémorragie importante. La révision utérine permet de retrouver la rupture. Parfois, celle-ci passe inaperçue.

L'hémorragie persiste ou récidive à distance. La laparotomie, alors envisagée, découvre une rupture au niveau du segment inférieur.

✓ **Rupture cervico isthmique** :(à développement tardif)

Le cas clinique rapporté concerne une troisième part ayant suivi une césarienne lors de sa première grossesse, puis accouché par voie basse lors

Rupture utérine

de la deuxième naissance. Cette troisième grossesse la patiente a été hospitalisée pour métrorragie de la moyenne abondance à la fin du 1^{er} trimestre.

L'échographie montre la présence de deux compartiments liquidiens, dont le plus bas, cervico isthmique, contient un fœtus et séparé du premier par le placenta.

L'issue de la grossesse à 24 semaines d'aménorrhée se complique par une hémorragie sévère, obligeant une hystérectomie d'hémostase.

L'examen anatomopathologique confirme la rupture cervico isthmique constatée en per opératoire [45]

L'auteur insiste sur la rareté de cette pathologie.

.Les ruptures utérines tardives

3-2. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS : Le diagnostic différentiel se fait avec toutes les causes d'hémorragie de 3^e trimestres de la grossesse

➤ **Le placenta prævia :**

Le diagnostic positif de cette pathologie repose sur les caractères de l'hémorragie : spontanée, indolore, récidivante, faite de sang rouge.

Mais il repose surtout sur la triade :

- Hémorragie ++++ avec utérus souple.
- Vitalité fœtale présente,
- Présentation haute, mobile.

Le fœtus reste dans l'utérus.

Il faut rechercher les signes négatifs :

- Absence de contraction utérine,
- Absence de signes de toxémie,
- Normalité de la crase sanguine.

➤ **Le décollement prématuré du placenta normalement insère :** Il peut présenter un tableau semblable à celui de la rupture utérine quand les signes généraux sont : les signes de choc sont alors sans proportion avec la minime perte de sang noirâtre. Cependant l'utérus ; siège d'une hémorragie interne est dur c'est le signe essentiel. Dur comme du bois, dur partout, dur tout le temps il

augment de volume, augmentation souvent décelable d'un a l'autre [45] Mais ces deux affections peuvent être associées .alors il faudrait être large d'indication opératoire et intervient rapidement sans délai.

- **Hémorragie de Benckiser** : C'est la rupture d'un vaisseau prævial suite à une rupture spontanée ou artificielle des membranes du pôle inférieur de l'œuf

3-3. DIAGNOSTIC DE RETENTISSEMENT.

3-3.1. Retentissement fœtal.

Le plus grand drame de la rupture utérine est son caractère hautement foeticide. On distingue deux formes.

- **En pré- Partum :**

La rupture utérine entrave très sérieusement les échanges foeto-maternels.

Le placenta décollé ou non, une brèche utérine compromet la circulation foeto-placentaire

Expulsé dans la cavité abdominale le fœtus est le plus souvent mort.

Le fœtus a succombé pendant la période de rétraction utérine ou meurt après la rupture.

Le fœtus peut rester vivant dans les ruptures tardives et discrètes, relevées seulement pendant la période de délivrance, et surtout dans les désunions de cicatrice [45].

Il est alors dans la cavité utérine avec le plus souvent une poche des eaux intactes.

L'intervention a pu dans ce cas, être faite sans délai.

- **En post-partum :**

La rupture utérine est la conséquence de l'expulsion du fœtus.

Plusieurs variantes sont possibles :

- le fœtus est vivant. Il n'a pas souffert

- le fœtus est déjà mort in utero. Cette variante est la conséquence d'une rétention par un travail prolongé, de fœtus peut enfin souffrir d'un travail trop long ou de l'application de manœuvres extractives mal effectuée.

3-3.2- Retentissement maternel : deux éléments le déterminent.

- ✓ **Le choc** : il est du, entre nu et aggravée par l'hémorragie.

L'hémoperitoine a trois origines :

Rupture utérine

Les berges utérines lésées ;

La désinsertion du placenta ;

Enfin la rupture des gros pédicules vasculaires utérins qui cheminent latéralement le long de l'utérus.

Mais l'intervention ne découvre parfois qu'un épanchement sanguin péritonéal dont la discrétion n'explique pas l'importance du choc observé.

Les hématomes sous péritonéaux s'accompagne souvent de choc, indépendamment de la quantité de sang épanché : les ruptures sous péritonéaux sont donc aussi choquantes que les ruptures intra péritonéales.

Parfois, la rupture ne donne lieu qu'à un choc tardif. D'autres fois, au contraire, le choc domine la symptomatologie de la rupture, dont les signes fonctionnels et physiques restent masqués. C'est donc une règle de bonne clinique que, pendant ou après accouchement, la survenue d'un état de choc dont l'origine n'apparaît pas clairement doit conduire à la vérification soigneuse du segment inférieur [34]. D'autres facteurs peuvent intervenir pour aggraver l'état général déjà précaire de la parturiente. Ce sont :

- la fatigue par le travail pénible et trop long,
- un mauvais état général avec dénutrition et anémie,
- les conditions d'évacuation (pistes, et moyens d'évacuation déplorables).

Ont été comme facteurs d'aggravation du choc, l'embolie amniotique dans les veines utérines rompues et la coagulation intra vasculaire disséminée par passage dans le sang de thromboplastine au niveau de la caduque et du placenta.

Le choc rend difficile le traitement pas manque de réanimation adéquate et « assombrit » le pronostic maternel per et postopératoire.

✓ **L'infection** : Elle est citée par plusieurs auteurs

Deux faits importants sont à retenir :

- Quand la rupture de la poche des eaux remonte à 6heures, il faut craindre l'infection. Si la malade ne meurt pas par choc, elle mourra d'un état septicémique.

Le degré d'infection détermine, entre autres, le geste chirurgical.

L'infection et l'anémie forme un cercle vicieux, l'une étant aggravées par l'autre

4. DIAGNOSTICS ETIOLOGIQUES

Les ruptures utérines sont le fait d'une association de facteurs morbides plus ou moins complexes. Plusieurs classifications sont possibles.

4-1. RUPTURE PENDANT LA GROSSESSE :

Elles se divisent en deux grands groupes :

.rupture utérine provoquée

.rupture utérine spontanée

- **Rupture utérine provoquées** : Elles sont très rares et ne se rencontrent que si la grossesse est avancée. Lorsque l'utérus est encore peu développé, il est à l'abri derrière la symphyse pubienne. Au voisinage du terme, au contraire, il est offert à tous les traumatismes par :

Une arme blanche

Une arme à feu,

Corne de bovidé.

Il s'agit d'une contusion de l'abdomen, par écrasement par exemple, accident de la voie publique [35]. En augmentant la fréquence. La blessure utérine est loin d'être toujours isolée [35].

C'est une urgence chirurgicale, justifiée par la coeliotomie, seule capable de découvrir et de traiter les lésions viscérales associées.

Les lésions utérines, elles-mêmes, selon l'âge de la grossesse, tantôt par hystérectomie, tantôt par suture sans ou avec évacuation préalable du contenu utérin [39].

- **Les Ruptures utérines spontanées**

Les ruptures utérines spontanées sont de véritables ruptures obstétricales.

Elles ne surviennent que sur un utérus cicatriciel ou mal formé. On distingue.

Les cicatrices de césariennes

Elles peuvent être segmento-corporéales, mais surtout corporéales. Les ruptures de cicatrice entraînent une déchirure de toute l'épaisseur de la paroi utérine, les deux berges de la cicatrice se séparant complètement [43].

Rupture utérine

Les membranes ovulaires sont aussi rompues et le fœtus expulsé dans la cavité abdominale.

Ainsi se rompent les cicatrices de césariennes corporéales antérieures.

Les utérus cicatriciels après intervention chirurgicale non obstétricale.

- la myomectomie avec ou sans ouverture de la cavité : le risque de rupture lié à cette technique conservatrice est minime [43],

- la salpingéctomie avec excision de la portion interstitielle est citée comme responsable de rupture utérine au cours de la grossesse [44].

- L'hystéro plastie [31] et l'hystéro scopie [72] interviennent rarement dans la genèse de cette pathologie.

Les malformations utérines : Il peut s'agir, d'utérus didelphe ou cloisonné, ou d'utérus double.

L'association rupture malformation utérine. [11],

4.2- Ruptures utérines pendant le travail

Elle se divise en ruptures spontanées et en ruptures provoquées.

Les ruptures sont dites spontanées quand elles sont lieu sans que l'accoucheur intervienne.

Elles sont dites provoquées si elles interviennent à la suite de manœuvre obstétricale ; l'accoucheur en somme les crée, mais parfois elles ne sont pas provoquées qu'en apparence ; elles ne sont que parachevées à l'occasion d'une manœuvre obstétricale.

4.2-1- Ruptures spontanées :

Les causes sont les unes maternelles les autres ovulaires.

4-2-1-1 causes maternelles

❖ La multiparité

Les ruptures utérines se voient presque exclusivement chez la multipare [39].

Plusieurs auteurs reconnaissent le rôle de la parité dans la genèse de la rupture utérine, tout au moins comme facteur favorisant. Ceci s'expliquerait par les modifications structurales des utérus des multipares. Ces modifications portent :

Rupture utérine

Sur l'innervation et la vascularisation, mais surtout sur la résistance de la paroi utérine.

Un des facteurs prédisposant majeurs de la rupture utérine est la grande multiparité [44] ; celle-ci agit par altération de la paroi utérine qui devient ainsi fragilisée [43]

Si on laissait évoluer le travail en dépit des obstacles, surtout chez les multipares, la rupture pourrait se produire.

Dystocies osseuses : on les classe en

- ❖ **Bassin immature** : se pose ici le problème de la gravido puerpéralite chez l'adolescente : La jeune fille n'a pas encore la maturité anatomique et physiologique pour permettre une issue favorable à la grossesse qu'elle porte.
- ❖ **Malformations pelviennes** : quelles soient acquises ou congénitales, les malformations pelviennes sont indispensables prendre en compte quant au déroulement de la grossesse, mais surtout au pronostic de l'accouchement. On distingue du bassin rétréci symétriques, des bassins asymétriques et le bassin dystocique après traitement orthopédique.

Bassin rétrécis symétriques

- * Non déplacés
 - . BGR (bassin généralement rétréci)
 - . Bassin plat
 - . Bassin transversalement rétréci
- * Non déplacés exceptionnels :
 - . Bassin ostéomalacique
- * déformés et déplacés :
 - . Bassin cyphotique ou lordotique

bassins rétrécis Asymétriques

- * d'origine locomotive
 - . Boiterie simple
 - luxation unilatérale de la hanche
 - . Paralyse infantile
 - .coxalgie
- D'origine vertébrale
 - . Scoliose
- * D'origine pelvienne
 - .atrophie pelvienne
 - . Fracture du bassin
 - . Tumeur osseuse

Bassins dystociques après traitement orthopédique.

En résumé, il faut retenir que les dystocies osseuses, devenues rares dans les pays développés, continuent à s'affirmer dans nos pays.

❖ **Tumeurs prævia**

Qu'elles soient bénignes ou malignes, les tumeurs utérines peuvent être à l'origine de rupture utérine :

Tumeurs bénignes :

- **Kystes de l'ovaire** : le kyste pelvien au contraire du kyste abdominal reste prævia, élevé un obstacle infranchissable à l'accouchement par voies naturelles. Les complications seraient les mêmes que celles de tout obstacle prævia : inertie et infection ou rupture utérine [39].

- **Fibrome utérin** : l'association myome et grossesse s'observe en général chez les femmes ayant dépassé 30 ans, plus souvent chez les primipares. Au centre de Foch, excepté les petits noyaux, sa fréquence est de 1,9 sur 55000 accouchements [39].

L'accouchement par voie basse peut être impossible : l'obstacle prævia empêche l'accommodation de la présentation, favorise les présentations vicieuses, la procidence du cordon.

L'accouchement abandonné à lui-même irait vers l'inertie et l'infection ovulaire, ou vers la rupture utérine.

Le siège, le nombre et le volume des myomes ainsi impliqués sont très variables. Ils sont le plus pédiculés ou sous-séreux.

Tumeurs malignes :

Les cancers du col peuvent, au cours du travail, empêcher la dilatation complète. Ils peuvent être à l'origine d'une rupture utérine.

Entre autres complications de l'association cancer du col et grossesse, on peut citer la dilatation excentrique de celui-là, la déchirure cervicale avec extension à l'isthme ou au segment inférieur envahi.

COHEN, cité par [14], collige 138 cas de cancer du col et grossesse qui ont abouti dans 12 cas (8,95%) à une rupture utérine. Le diagnostic reste de la haute gravité.

Pour la mère, malgré les progrès réalisés, les chances globales de survie n'excèdent pas 50%

Cas particulier de l'association cerclage rupture utérine

PUDEUR et WAGNER, cité par [14] rapportent 1 cas de rupture avec cerclage du col.

[37] au Mali signale 1 cas de rupture au cours du travail avec fil de cerclage en place, donc méconnu.

D'autres facteurs de risque étaient tout de même présents il s'agit d'un antécédent de curetage et de césarienne.

4.2-1.2. Causes foeto-ovulaires

- **Causes fœtales**

En Afrique en général et au Mali en particulier, les dystocies d'origine fœtale occupent une place très importante à la cause classique de rupture utérine. Elles sont rares dans les pays développés.

Elles s'expliquent par :

Un obstacle mécanique insurmontable d'origine fœtale créant une dystocie qu'on aurait négligée ou méconnue,

Une présentation de l'épaule, ou du front, une hydrocéphalie.

Excès de volumes localisés de fœtus

Hydrocéphalie : pendant la grossesse l'évolution n'étant pas troublée, le diagnostic ne peut se faire que sur l'examen physique. La palpation, plus que l'inspection, permet théoriquement de reconnaître les dimensions anormales de la tête : la tête déborde en coup de hache le bord supérieur du petit bassin (aucune ébauche d'accommodation). La tête reste élevée et mal fléchie.

Le toucher vaginal montre que la tête, lorsqu'elle se présente n'est jamais engagée, et le bregma est facilement perçu.

La radiographie est un examen indispensable pour confirmer et pour découvrir l'anomalie céphalique.

Pendant le travail, autres les signes précédents, le toucher vaginal montre l'ampleur des fontanelles et des sutures, le minceur des eaux, leur consistance, parcheminée, parfois même leur crépitation.

L'échographie montre un diamètre bipariétal très supérieur à la normale et une disproportion marquée avec le transverse abdominal.

En l'absence de traitement, c'est le cas de rupture utérine par élongation du segment inférieur qui arriverait. Tel est le cas de la présentation céphalique. En cas de siège, l'accouchement de la tête dernière en l'absence de traitement, provoquerait l'éclatement du segment inférieur.

Autres excès de volume : on peut citer

- les kystes congénitaux du cou,
- certaines malformations telles que la tumeur sacro coccygienne.

L'accouchement par voie basse est le plus souvent compatible dans ces cas :
Excès de volume total du fœtus.

Les gros fœtus provoquent les ruptures utérines par disproportion foeto-pelvienne. Dans ce cas, de poids excessif, le fœtus ne peut pas passer à travers un canal pelvien normal.

Les disproportions foeto –pelviennes occasionnent une distension excessive et prolongée de l'utérus. Celui –ci présente à la longue une paroi qui se vascularisé, s'amincit puis se rompe. IL peut s'agir d'une compression prolongée de la paroi entre la présentation et le détroit supérieur : c'est l'ulcération de BRENS.

La disproportion foeto-pelvienne est une cause usuelle et classique de la rupture utérine [69].

Présentation dystocique

Diagnostiquées et prises en charge à temps, les présentations dystociques ne sont plus une cause de rupture utérine dans les pays développés. Elles occupent cependant dans les pays sous médicalisés une place très importante.

En tête on trouve **la présentation transversale** avec « épaule négligée » c'est une cause classique et se retrouve dans presque toutes les statistiques. On y approche la présentation oblique.

Lorsque à la fin de la grossesse ou pendant le travail, l'aire du détroit supérieur n'est occupé ni par la tête, ni par le siège du fœtus, celui-ci au lieu d'être en long, se trouve en travers ou en biais, il est en position transversale ou plus souvent en oblique.

D'autres anomalies de la présentation peuvent créer une rupture utérine par obstacle qu'elles opposent à l'engagement : ce sont :

La présentation de la face, celle surtout incriminée c'est la variété mento-sacrée ou le dégagement est impossible ;

La présentation du siège : par rétention de la tête dernière ;

La présentation du front : en l'absence d'intervention, le pronostic reste mauvais : mort du fœtus in utero, graves lésions des parties molles maternelles, en particulier rupture utérine.

- **Causes ovulaires**

Leur responsabilité dans l'apparition des ruptures utérines au cours du travail et de la grossesse est rare.

Cependant, l'insertion placentaire doit retenir l'attention. Un peut, en effet à plusieurs titres, être à l'origine des ruptures.

Cette insertion se fera alors sur une cicatrice utérine, corpo réale ou segmentaire, favorisant ainsi la désunion.

Il peut s'agir de placenta accreta [28] ou per crêta [45].

Les difficultés diagnostiques sont, ici, reconnues par tous.

La physiopathologie de cette association n'est pas claire. Il est cependant admis qu'il existe une perturbation de l'équilibre entre le trophoblaste et la caduque. Plusieurs facteurs, maternels utérins et placentaires, contribuent à préciser cette situation [45].

Pour mémoire, une cause ovulaire exceptionnelle, la môle disséquante est retrouvée associée à la rupture utérine chez une primipare de 27 ans ayant un antécédent de môle invasive traitée avec succès par chimiothérapie.

A la deuxième grossesse il a été mis en évidence une rupture utérine avec mort fœtale

Une imagerie par résonance magnétique a montrée une invasion du myomètre par le môle.

La destruction du myomètre serait la cause de cette rupture utérine [43].

L'hydramnios et la gémellité sont mis en cause par certains auteurs. Ils agiraient par distension utérine.

L'hématome rétro placentaire est également cité comme cause de la rupture utérine, du moins son association avec celle-ci est décrite.

4.2 .2 . Ruptures provoquées :

Les ruptures provoquées sont celles qui sont liées aux actes thérapeutiques.

Elles sont dues à l'accoucheur.

Elles posent un problème de vigilance et/ou de compétence de celui-ci.

✓ Usage d'ocytocique et de prostaglandines :

La responsabilité de l'accoucheur est ici, très grande. L'emploi abusif d'ocytociques garde encore une place dans l'étiologie des ruptures utérines.

Le drame quant à l'utilisation des ocytociques, c'est leur administration sans une indication formelle et sans une surveillance stricte.

La perfusion veineuse d'ocytocique permet de ralentir ou d'arrêter à tout instant le débit de l'injection médicamenteuse.

Ainsi on peut adapter la posologie aux réponses de l'utérus et maintenir constamment l'action pharmacodynamique dans la limite de la physiologie.

Les ocytociques administrés par perfusion intraveineuse ont, tout de même, leur part des cas de ruptures utérines.

Faits importants à retenir :

La perfusion d'ocytocique exige une surveillance constante clinique et instrumentale, c'est-à-dire la présence du médecin ou de la sage-femme qui réglera le débit suivant le rythme, l'intensité, la durée des contractions, suivant le rythme du cœur fœtal.

La perfusion d'ocytocine doit entraîner la progression ou l'accélération des phénomènes du travail. En particulier de la dilatation. Elle doit être suspendue et l'on devra recourir à un autre traitement lorsque les effets sont nuls ou insuffisants ; un laps de temps de 2 heures suffit à juger de son efficacité et ne doit pas être dépassée en cas d'échec.

Jamais d'ocytocique par voie intramusculaire avant l'expulsion du fœtus parce que le produit ainsi administré, l'accoucheur ne le maîtrise plus.

La perfusion d'ocytocique utilisée seule [2] ou en association avec la prostaglandine [41] est très souvent incriminée

La prostaglandine peut être utilisée application intra cervicale. Des cas de ruptures utérines lui sont imputables [30].

Les prostaglandines les plus utilisées sont les PGE2 et le PGF alpha.

Tous les auteurs insistent sur la nécessité de l'évaluation et du monitoring du travail d'accouchement par un spécialiste.

✓ **Manœuvres obstétricales**

Certaines interventions obstétricales peuvent être cause de rupture utérine. Elles sont très variées. On distingue :

Les manœuvres obstétricales non instrumentales :

Version par manœuvre interne : elles peuvent être responsable de rupture utérine surtout dans ses deux derniers temps :

.au cours de la mutation du fœtus, quand la tête franchie l'anneau de rétraction. La version devient tout à coup trop aisée ; méfiez-vous, dit-on, des versions trop faciles ; moins souvent au cours de l'extraction, lorsqu'elle est faite avant la dilation complète. La rupture segmentaire résulte alors d'une propagation de la déchirure cervicale.

Version par manœuvres externes : ne jamais s'obstiner devant un échec à continuer cette manœuvre sous peine de provoquer la rupture. Ce n'est pas une manœuvre de force.

Grande extraction du siège : respecter les différents temps est une condition indispensable à sa réussite. Ainsi ne doit -elle être entreprise que si le bassin est normal.

Manœuvre de dégagement d'une dystocie des épaules : elles sont très dangereuses. Il faut les éviter.

Manœuvres de KRISTELLET : aussi anodine qu'elle peut paraître, la manœuvre de KRISTELLET compte des ruptures utérines à son actif.

Les manœuvres obstétricales instrumentales :

Deux faits sont le plus souvent associés :

- la mauvaise indication,
- la présence de l'instrument qui, lui-même, peut léser l'utérus.

Le forceps : le segment inférieur peut être déchiré par une cuillère de forceps introduit brutalement.

Extraction de la tête dernière avant la dilatation complète, a pu faire éclater le col dont la rupture a atteint le segment et l'opérateur doit être assez qualifié pour aller au « devant » d'éventuelle complication.

Rupture utérine

Les conditions d'application de forceps sont absolument impératives et ce serait une faute grave que de passer outre.

Les normes modernes d'application du forceps sont :

- La présentation du sommet,
- La tête fœtale qui est engagée,
- Les membranes de l'œuf doivent être rompues,
- La dilatation du col et de l'utérus doit être complète,
- La protection du périnée par épisiotomie,
- Le sondage vésical.

La ventouse obstétricale ou vacuum extractor : il s'agit d'un appareil pneumatique permettant la préhension et la traction de la tête fœtale. Elle est rarement mise en cause.

Du fait d'une mauvaise technique, les manœuvres obstétricales, quelles soient mineurs ou majeures, peuvent engendrer des ruptures utérines.

Elles doivent être exécutées par un spécialiste.

4. 2-3-Cause divers

Pour mémoire, nous citerons une cause inhabituelle, tout au moins dans notre pays. Il s'agit de rupture utérine liée à habitude de vie : la consommation de cocaïne.

Certaines expériences ont montré que la consommation de cocaïne stimule la contractilité utérine.

Des complications dramatiques liées à l'utilisation abusive de cocaïne durant la grossesse a été rapportée au USA [45].

Cette drogue a été considérée comme facteur de risque de la rupture utérine [27].

Les ruptures utérines sont le fait de plusieurs facteurs étiologiques qui, à degrés divers, s'associent.

Les facteurs étiologiques usuels sont : la multiparité, la cicatrice utérine, la dystocie mécanique, l'usage d'ocytocique et les manœuvres obstétricales [20].

5- TRAITEMENT

Comprend deux volets

5-1 Prophylaxie

Le traitement prophylactique est essentiel.

Dans les pays développés, il explique la diminution de la fréquence des ruptures.

Il faut :

- Bien connaître la dystocie,
- Savoir évaluer un bassin rétréci, reconnaître une tumeur prœvia, une hydrocéphalie, savoir conduire l'épreuve du travail pour l'arrêter opportunément,
- Savoir manier les ocytociques et au besoin s'en passer, user s'il le faut des utéro-relaxants,
- Evaluer les risques de la voie basse dans les utérus cicatriciels.

Il ne faut pas :

- Laisser s'installer la rétraction utérine,
- Recourir à des opérations contre-indiquées ou désuètes, pas de forceps au détroit supérieur,
- pas d'intervention par voie basse avant la dilatation complète, pas de version risquée, pas de version si l'utérus est rétracté, faire de dilatation forcée du col.

5- 2- traitement curatif

Toute rupture utérine diagnostiquée doit être opérée en urgence. Mais le traitement chirurgical est à lui seul insuffisant. Il doit être complété par le traitement du choc et par celui de l'infection.

Il y aura toujours lieu de vérifier l'état des autres organes pelviens et surtout la vessie.

5-2-1- Traitement chirurgical

Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale, qui permet seule d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention.

Le geste chirurgical tient compte :

- ✓ De l'ancienneté de la rupture et du degré d'infection surajoutée.
- ✓ De l'importance des lésions anatomiques,

Rupture utérine

- ✓ Des antécédents, surtout d'intervention sur l'utérus (utérus cicatriciel).
- ✓ De l'Age, parité, existence d'enfant vivant ou non.

Après coeliotomie, deux opérations sont possibles.

5-2 .1.1- L'hystérectomie :

Elle est encore aujourd'hui indiquée, lorsque la rupture est importante ; compliquée de lésions de voisinage ; chaque fois qu'elle est contuse, irrégulière, étendue, accompagnée de lésions vasculaires, quand elle date de plus de 6 heures, ou encore si, même moins grave, elle survient chez une multipare relativement âgée [19].

Autant que possible, les ovaires sont conservés.

5-2.1.2- L'Hystérorraphie

C'est une technique chirurgicale conservatrice qui consiste à suturer l'utérus. Cette opération conservatrice, dont les avantages sont considérables chez une jeune femme, doit être techniquement réalisable quand la section utérine n'est pas trop étendue, non compliquée de lésion voisine.

Interviennent aussi dans la décision, l'Age de la femme, le nombre de grossesses antérieures (enfant vivant). Son état général, le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire, l'infection potentielle.

5-2.1.3- La ligature des trompes

Elle n'est pas un traitement de la rupture utérine. Elle est associée, si elle est pratiquée, à l'Hystérorraphie

La stérilisation tubaire est faite parfois :

Chez les grandes multipares et/ou,

Devant les lésions importantes.

C'est une méthode contraceptive le plus efficace et de loin la moins contraignante [65].

5-2.1.4- Autres gestes

C'est le traitement des lésions associées ; déchirures vaginales et cervicales : par du fil résorbable.

Plaies vésicales : la réparation immédiate est parfois possible si la plaie est nette et facilement accessible, on ferme la vessie au catgut en un plan, sans suturer le vagin.

Rupture utérine

Le plus souvent, mieux vaudra attendre trois mois pour un traitement conséquent.

Drainage vésical : le sondage se fait pendant quinze jours sous antibiotique.

5-2-2- Traitement du choc :

Il est entrepris possible dès la rupture reconnue. On ne saurait trop insister sur la fragilité de ces malades.

Tout transport, toute manipulation aggrave le choc. C'est pourquoi les ruptures utérines en milieu non chirurgical sont très graves.

En milieu chirurgical, le traitement de choc doit être fait à la salle d'opération même, où l'opérée sera laissée le temps qu'il faudra, puis transportée au service de réanimation : on lui apportera des substances énergétiques (sucres) et 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. Mais de réaliser un véritable lavage de sang qui aboutirait à l'anémie aigue.

Hémostase doit donc précéder la réanimation dont la précession doit être conduite au maximum

❖ La réanimation :

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

La quantité de sang à perfuser sera réglée sur la dissipation du choc, le rétablissement des chiffres tensionnels, le retour du pouls à la normale. Elle est très variable.

Certaines circonstances obligent à des perfusions massives et rapides. IL faut alors recourir à plusieurs voies veineuses, au besoin après dénudation.

D'autres substances que le sang peut être employées. Mieux vaut alors utiliser des produits à grosses molécules se maintenant en circulation : plasma, produits synthétiques (plasmion).

Les solutés cristalloïdes, salés ou sucrés ne se maintiennent pas en circulation

Tous ces produits doivent être considérés comme des moyens d'urgence, ils peuvent parfois suffire.

Ils permettent en tout cas de gagner le temps nécessaire à la mise en œuvre de la transfusion, indiquée en cas de persistance ou de récurrence du choc.

L'oxygénothérapie n'a pas de sens que si la circulation est rétablie.

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

5-2-3- Traitement anti-infectieux

Les antibiotiques seront administrés à fortes doses par voie parentérale à titre préventif pendant plusieurs jours jusqu'à stabilisation de la température à la normale.

6- PRONOSTIC

6-1- Pronostic fœtal

L'aspect le plus dramatique de la rupture utérine est son caractère foeticide. Dans ruptures spontanées, le pronostic fœtal est encore plus mauvais. Le fœtus a succombé pendant la période de rétraction utérine, ou meurt après la rupture.

Le fœtus peut rester vivant dans les ruptures tardives et discrètes, révélées seulement pendant le période de délivrance et surtout dans les désunions de cicatrice.

Pour les enfants vivants qui ont le plus souvent souffert, une surveillance post natale s'impose à la recherche de :

Troubles cerebro-moteurs,

Retard intellectuel.

6-2- Pronostic maternel

Il n'a pas heureusement suivi le pronostic fœtal dans sa gravité.

6-2-1- Mortalité maternelle

Le pronostic maternel comporte tout de même une énorme mortalité dans les régions à grand rationnement rurales : la femme peut mourir dans les heures qui suivent la rupture .d'hémorragie et surtout de choc.

Le pronostic est encore plus sévère dans les ruptures compliquées avec éclatement du vagin ou de la vessie.

6-2-2- Morbidité maternelle

- **La septicémie** : c'est l'issue fatale de la patiente vers la mort dans notre cas.

- **Fistules vesico vaginale** : elle pose de sérieux problèmes sociaux.

En résumé, le pronostic foetal est toujours sombre, le pronostic maternel toujours sérieux [43]

Le pronostic materno-foetal est amélioré par une intervention conséquente et rapide [36],

7- ATTITUDES PROPHYLACTIQUES

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

7-1- La prévention des ruptures d'utérus sain

Le dépistage de toutes les causes de dystocie, ce qui implique la surveillance correcte de la grossesse et du travail d'accouchement par un personnel médical et paramédical qualifié capable de faire le pronostic maternel et foetal de l'accouchement au dernier trimestre. La sensibilisation des femmes sur le bien fait de la consultation prénatale et de l'accouchement à la maternité.

Faire des consultations prénatales de meilleure qualité afin de dépister les grossesses à risque et les référer à temps.

Remplir correctement les partogramme et référer les parturientes dès que la zone d'alerte est franchie.

Savoir conduire l'épreuve de travail et l'arrêter au moment opportun.

Faire la promotion du planning familial.

Tous les accoucheurs doivent avoir à l'esprit cette assertion qui dit que : «le soleil ne doit jamais se coucher deux fois sur le même travail » [39]

7-2- La prévention des ruptures d'utérus cicatriciel

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

7-2.1. La césarienne systématique

Est réalisée chaque fois que l'accouchement par voie basse est impossible ou n'offre pas toutes les garanties de sécurité. Ces critères sont déterminés par les résultats de l'examen clinique :

Rupture utérine

- les cicatrices qui ne sont pas segmentaires
- les suites opératoires compliquées d'une endométrite prouvée
- l'absence d'informations sur la cicatrice
- la présence de la cause initiale : bassins dystociques
- les présentations dystociques
- le placenta prævia antérieur (inséré sur la cicatrice)
- les sur distensions utérines (hydramnios, grossesse gémellaire, macrosomie)

Après la césarienne, une contraception systématique et efficace d'au moins 24 mois est nécessaire.

7-2.2. L'épreuve de travail

La sélection des patientes devant subir l'épreuve utérine découle des indications de la césarienne.

Le travail doit être rigoureusement suivi et une révision utérine systématique s'impose après l'accouchement.

7-2.3. Cas particulier des ruptures provoquées

Faire une utilisation judicieuse des ocytociques, en respectant les contres indications et la voie d'administration

Le respect strict des indications et des contre-indications des manœuvres instrumentales ou non.

Faire une révision utérine systématique après toutes manœuvres obstétricales laborieuses

Abandon au profit de la césarienne des manœuvres obstétricales réputées dangereuses.

La prévention de ces ruptures utérines passe par le respect strict des règles de l'obstétrique moderne.

MATERIELS D'ETUDE ET METHODES

1: Cadre d'étude

Ce travail s'est déroulé dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

1.2: Présentation géographique de la région de Ségou (11)

La Région de Ségou, quatrième Région administrative du Mali, est située au centre du Mali entre 13ème et 16ème de l'altitude Nord et entre le 4ème et 7ème de longitude Ouest.

La Région de Ségou couvre une superficie de 64 821 km² soit 4% de la superficie du Mali. Elle est répartie entre 7 cercles (Ségou, Baraouli, Bla, Macina, Niono, San et Tominian) et décentralisée en 118 communes dont 3 urbaines et 115 rurales.

Elle est limitée au Nord par la République de Mauritanie, à l'Est les Régions de Tombouctou et de Mopti, au Sud-est par la République du Burkina Faso, la Région de Sikasso au sud et par la Région de Koulikoro à l'ouest.

Deux zones climatiques distinctes caractérisent la région.

-Une zone Sahélienne au Nord où la pluviométrie atteint 250-600mm/an avec une steppe épineuse.

-Une zone soudano Sahélienne au sud où la pluviométrie atteint 600-800mm/an avec une steppe arbustive composée de karité, Balanzans, baobab.

La Région de Ségou a un relief bien accidenté avec plateau et plaines alternés : les plaines de l'office du Niger sont caractéristiques de la Région et s'étendent sur plusieurs milliers d'hectare, les plaines de l'Opération Riz, les plaines aménagées de San. Elle est traversée par le fleuve Niger avec un de ses principaux affluents: le Baní. Le barrage de Markala régularise le cours du Fleuve Niger et irrigue mes terres de l'Office du Niger. Elle est pauvre en faune à cause de la sécheresse et les braconniers, mais très riche dans le domaine de l'élevage : les bovins, les caprins et les ovins.

- L'économie de la Région de Ségou est basée principalement sur l'agriculture qui occupe 80% des activités de la population. La production agricole est basée sur la production du riz de l'Office du Niger (ON), le riz de l'Office Riz (OR), il faut ajouter à cela d'autres céréales (mil sorghos, mais,

haricot) et la compagnie malienne de développement de textile (CMDT) qui s'occupe du coton.

C'est une zone d'élevage par excellence (âne, bovin, caprin) D'autres activités économiques comme la pêche, le commerce, l'artisanat sont aussi pratiqué.

- L'industrie y est peu développée. Le pouvoir d'achat de la population est en général très peu élevé.

Quelques grandes unités industrielles comme la COMATEX-SA, les usines de décortication du riz, les complexes sucreries de Dougabougou et de Siribala, les ateliers centraux de Markala contribuent fortement à l'essor économique de la Région.

La Région de Ségou, en 2005 comptait 2.009.482 d'habitants soit 30 habitants/km² avec 994.208 hommes et 1.008.263 femmes, cette population est à majorité jeunes (48% ont moins de 15 ans) et rurale.

La population active représente 58% de la population générale et elle est concentrée dans les cercles, traversés par le fleuve Niger et les canaux irrigués par celui-ci.

La Région de Ségou trouve son fondement historique dans le royaume bambara de Ségou crée par Mamary dit Biton Coulibaly au 16ème siècle.

Après la mort de Biton, le pouvoir passa entre les mains des Diarra dont le plus connu fut Dah Monzon Diarra, communément appelée <<Dah>>.La ville de Ségou portait en un moment donné son nom "Dakagoun" ou la terre de Dah. La rentrée de El hadji Oumar Tall à Ségou en 1861 mit fin au règne des bambaras et instaura l'Islam. Amadou Sékou le fils de El hadji Oumar, fut intronisé Roi.

La Pénétration coloniale française dirigée par Archinard mit fin au règne des TALL en 1893.Ainsi depuis cette date Ségou devient le chef lieu des cercles de l'administration coloniale et capitale de la Région de Ségou en 1961.

La Région de Ségou fut modifiée par la loi No77/44/CMLN du 12 juillet 1977 et remodifiée par la loi No99-035 du 10 août 1999 pour devenir une collectivité décentralisée.

Les traditions font référence aux ethnies et se manifestent lors des cérémonies rituelles (Mariage, Baptêmes, Circoncision, Décès) et lors des grandes rencontres, les langues parlées sont propres aux ethnies (Bambara,

Rupture utérine

Bozo, Somono, Minianka, Sarakolé, Peulh et Bobo), mais le bambara est la langue couramment utilisée dans les échanges et le commerce dans la Région.

Les religions pratiquées sont : l'Islam, le Christianisme, et l'animisme.

La ville de Ségou est communément appelée la cité des Balanzans à cause de l'abondance de Balanzans sur le territoire de Ségou autrefois. Avec une population de 106336 habitants, la commune urbaine de Ségou compte 18 quartiers.

Le village de Pélangana contiguë à la ville de Ségou à une population de 15.534 habitants.

La commune de Ségou dispose de 9 formations sanitaires plus quatre cabinets de soins

2-formations sanitaires publics :

* L'hôpital Nianankoro FOMBA ;

* Le centre de santé de référence Famory DOUMBIA ;

5 centres de sante communautaires : Dar-Salam, Médine, Ségou coura, Pélangana, Sébougou

1 formation sanitaire para publique : le centre médical inter entreprise de L'INPS.

1 formation sanitaire du service de santé des armées : l'infirmierie du camp militaire ;

5 formations sanitaires privés ;

* le cabinet médical Yida KOUYATE ;

Le cabinet médical BERE

Le cabinet médical de MAHAWA

Le cabinet médical AMARY DAOU

* la clinique d'accouchement Maya BOLLI

A celle-ci s'ajoute quatre (4) écoles de formation de techniciens de santé : CFTSS, CFIS, EFTSS et Vicenta Maria.

1.3 : Présentation de l'hôpital Nianankoro FOMBA [14] :

Situé au centre de la ville au bord de la route nationale No6 reliant Bamako aux Régions du Nord. Cet hôpital a une capacité d'accueil de 165 lits.

1.3.1 Historique de l'Hôpital Nianankoro FOMBA :

Les premiers bâtiments de l'hôpital de Ségou ont été achevés vers le début de la Deuxième Guerre Mondiale. Il comprenait un dispensaire et une maternité.

D'autres bâtiments furent ajoutés en 1946 et 1947 actuelles hospitalisations chirurgie hommes, chirurgie femmes. De 1950 à 1959 d'autres constructions furent réalisées dont:

- * le bâtiment d'hospitalisation nommé «clinique»
- * la radiologie
- * service d'ophtalmologie (Yeelen).

En 1962, l'établissement deviendra Hôpital secondaire ; en 1983 l'établissement fut baptisé Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou. Il sert de deuxième référence pour l'ensemble de la Région et de première référence pour les centres de santé de cercle de la commune de Ségou. Il comporte une cinquantaine de bâtiments repartis sur une superficie de 6 hectares, il est actuellement un établissement public hospitalier par la loi N°03-017 du 14 juillet 2003. Les structures de l'hôpital sont reparties en services :

- service Administratif (direction),
- service de Médecine générale,
- service de Chirurgie générale,
- service de Traumatologie,
- service de Gynéco- Obstétrique,
- service ORL,
- Cabinet dentaire,
- service de Pédiatrie,
- service d'Ophtalmologie
- la pharmacie,
- service de Radiologie,
- un laboratoire et un nouveau bloc technique construit en 2002 composé d'un service d'anesthésie réanimation, le bloc opératoire et une salle de stérilisation.

L'hôpital a un effectif de **205** Agents dont :

- 1 Directeur général ;

Rupture utérine

- 1 Directeur général adjoint ;
- 1 Directeur administratif ;
- 2 Inspecteurs de finance ;
- 11 comptables ;
- 17 médecins généralistes ;
- 11 spécialistes dont quatre gynécologues obstétriciens ;
- 17 Assistants médicaux ;
- 15 Techniciens supérieurs ;
- 1 Biologiste ;
- 1 Technicien sanitaire ;
- 21 Techniciens B1 ;
- 4 techniciens de labo ;
- 8 sages femmes ;
- 8 Infirmières obstétriciennes ;
- 7 secrétaires ;
- 3 Electriciens ;
- 1 magasinier ;
- 6 chauffeurs ;
- 2 agents sociaux ;
- 28 manœuvres ;
- 10 Gardiens ;
- 24 aides-soignants

Un personnel d'appui (cuisinier, lingère, blanchisseur, Magasinier, chauffeurs, Electriciens et Manœuvres. Il faut noter un nouveau bâtiment pour le service de Chirurgie générale.

Présentation du service de gynéco obstétrique

Le Service de gynéco obstétrique : Gère toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales de la ville de Ségou et de certains CSREF de cercle
Actuellement le service fait partie du groupe « Pool mère enfant », constitué de service de gynéco obstétrique et de la pédiatrie.

Le service comprend :

- ✓ Deux (2) Bureaux de consultation pour les médecins ;
- ✓ un (1) Bureau pour la sage femme maîtresse avec toilette ;

Rupture utérine

- ✓ une (1) Salle d'accouchement avec 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle d'attente avec toilette, 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle d'urgence, 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle de garde avec toilette, ventilée, climatisée, réfrigérateur ;
- ✓ une (1) Salle de CPN ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle de vaccination ventilée ;
- ✓ une (1) Salle de soins climatisée et ventilée ;
- ✓ un (1) Magasin ;
- ✓ huit (9) Salles d'hospitalisation comprenant :
 - ✓ deux (2) salles pour les accouchées quatre (4) lits
 - ✓ une (1) salle d'hospitalisation quatre (4) lits
 - ✓ deux (2) salles pour les césariennes quatre (4) lits
 - ✓ deux (2) salles V.I.P ventilée 2^{ème} catégorie un (1) lit chacune
 - ✓ deux (2) salles V.I.P ventilée climatisée avec toilette intérieure réfrigérateur et télévision 1^{ère} catégorie un (1) lit chacune
- ✓ cinq (5) toilettes pour le personnel
- ✓ huit (8) toilettes pour les usagers

Le personnel est composé :

- ✓ Quatre (3) Médecin spécialiste en gynéco obstétrique dont un cubain ;
- ✓ deux (2) Médecins généralistes payés sur fond spécial;
- ✓ huit (8) Sages femmes ;
- ✓ sept (7) Infirmières obstétriciennes ;
- ✓ trois (3) Techniciens de surface.

C'est un lieu de stage qui reçoit les internes, les étudiants et des techniciens en santé.

Les consultations externes se font du lundi, au vendredi par les médecins avec le concours des internes. Le lundi et mercredi sont les jours intervention. Les visites des malades hospitalisés se font également tous les

Rupture utérine

jours à partir de 9heures après le staff du service qui se tient chaque jour à partir de 8heures.

La garde est assurée par un médecin spécialiste, un médecin généraliste, un sage femme, une infirmière obstétricienne, deux internes, et un manoeuvre. Le service reçoit les patientes de la ville de Ségou et environnant, les patientes référées des CSCOM et des C.S.Ref des cercles.

2: Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective transversale réalisée à l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou du 1^{er} janvier 2007 au 1^{er} JUIN 2009 soit une **période de 30 mois**

3: Période d'étude

L'étude s'est étendue sur une période de 30 mois allant du 1^{er} janvier 2007 au 1^{er} JUIN 2009.

4 : population d'étude :

Notre étude a porté sur toutes les femmes ayant accouchées dans le service pendant la période d'étude.

Critères d'inclusion

- Rupture utérine diagnostiquée au cours du travail d'accouchement ou dans le post partum immédiat et prise en charge dans le service qu'elle soit évacuée ou venue d'elle-même à l'hôpital
- Rupture utérine complète ou incomplète

Critères de non inclusion

- Les déchirures limitées au col utérin.
- Les plaies de l'utérus gravide d'origine traumatiques par agent vulnérable ayant traversé la paroi abdominale.
- Les perforations utérines survenant lors de manoeuvre endo-uterine.

5 SUPPORTS ET TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES

Le recueil des données à été fait à partir des dossiers obstétricaux, du registre d'accouchement, du registre de compte rendu opératoire et ensuite par consignation des informations sur la fiche d'enquête correspondante

6 SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES

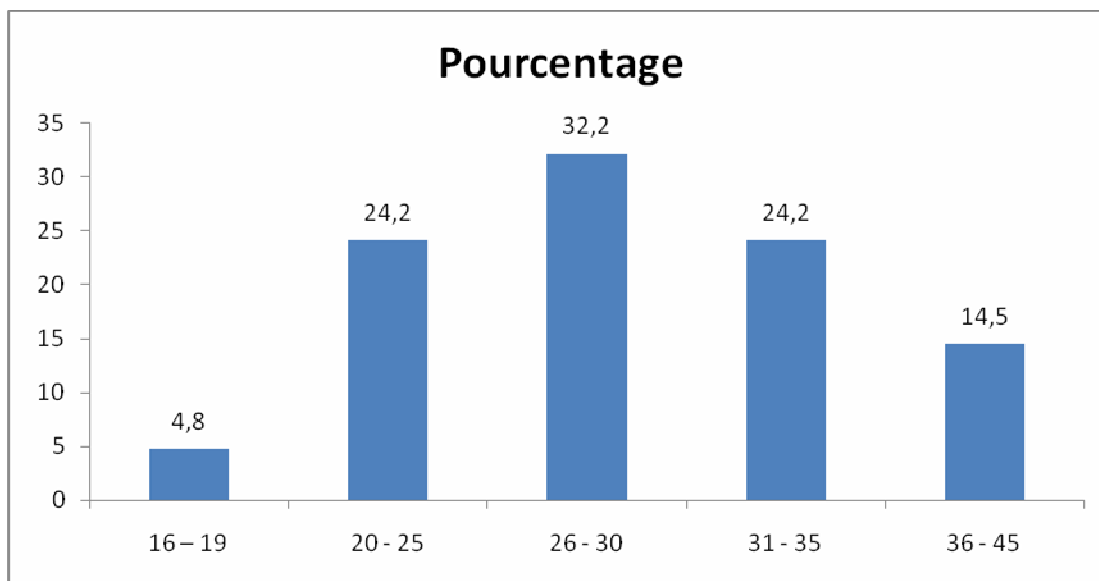
Les données ont été saisies sur le WINDOWS WORD 2003, et analyses sur le logiciel EPI INFO 6. Pour le calcul de distribution nous avons utilisé le test statistique CHI carré, valeur de significativité de $P=0,05$.

VI RESULTATS

1-Fréquence : Durant notre période d'étude 4594 accouchements ont été enregistrés dont 1051 cas de césariennes et 62 cas de ruptures utérine soit une rupture utérine pour 74 accouchements soit une fréquence de 1,3 % ou une rupture utérine pour 17 césariennes soit une fréquence de 6 %

2- Caractéristiques socio économiques

Graphique I : Répartition des patientes selon les tranches d'Age :



L'âge moyen était de 30,5 ans avec des extrêmes de **16-45 ans**

La tranche d'Age de **26 - 30 ans** était la plus touchée avec **32,2 %** des cas

Tableau I Répartition des patientes selon le statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL	EFFECTIF	Pourcentage
Mariée	61	98,4
Célibataire	1	1,6
TOTAL	62	100

98 ,4% de nos patientes étaient mariées

Tableau II : Répartition des patientes selon le niveau d'étude

NIVEAU D'ETUDE	EFFECTIF	pourcentage
Analphabète	58	93,5
Primaire	3	4,8
Secondaire	1	1,6
TOTAL	62	100

93,5% de nos patientes étaient des Analphabètes.

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession

PROFESSION	EFFECTIF	pourcentage
Ménagère	60	96,8
Teinturière	1	1,6
Elève	1	1,6
TOTAL	62	100

Toutes nos patientes étaient sans ou à faible revenu

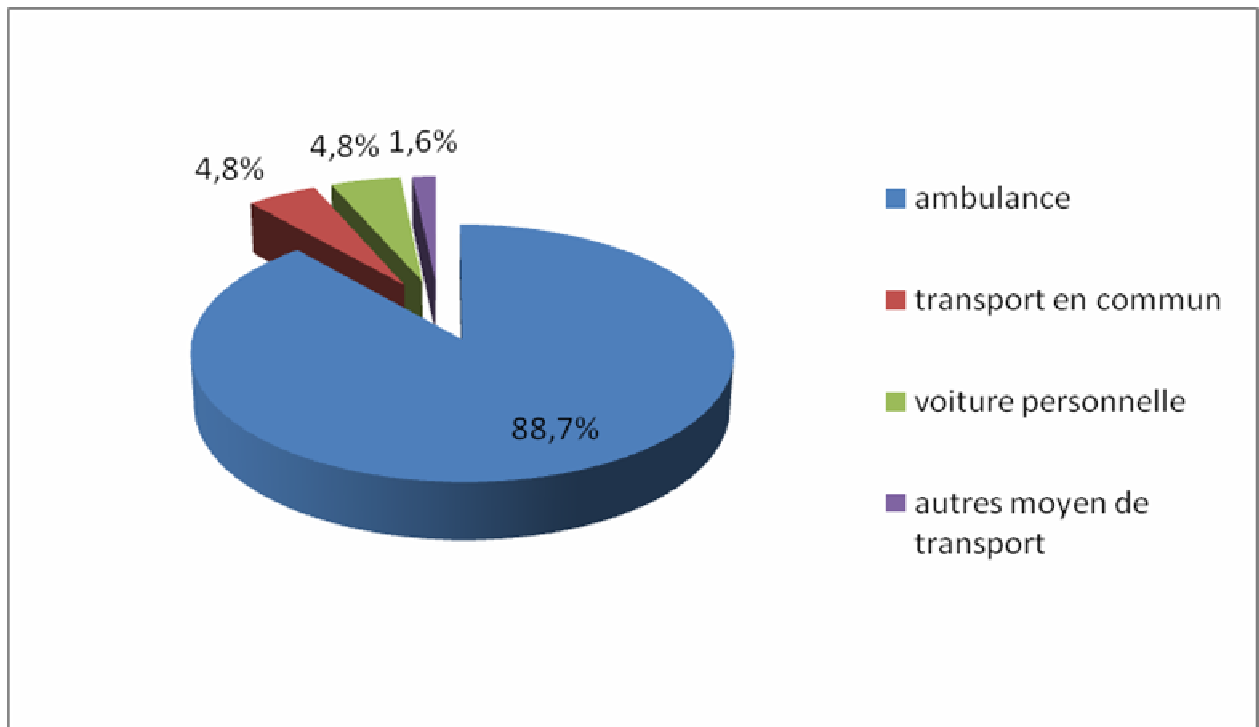
3 Admission :

Tableau IV : Répartition des patientes selon le mode d'admission

MODE D'ADMISSION	EFFECTIF	pourcentage
Evacuée	55	88,7
Venue d'elle-même	7	11,3
TOTAL	62	100

Avec **89%** d'évacuées, la rupture utérine constitue une des urgences obstétricales majeures

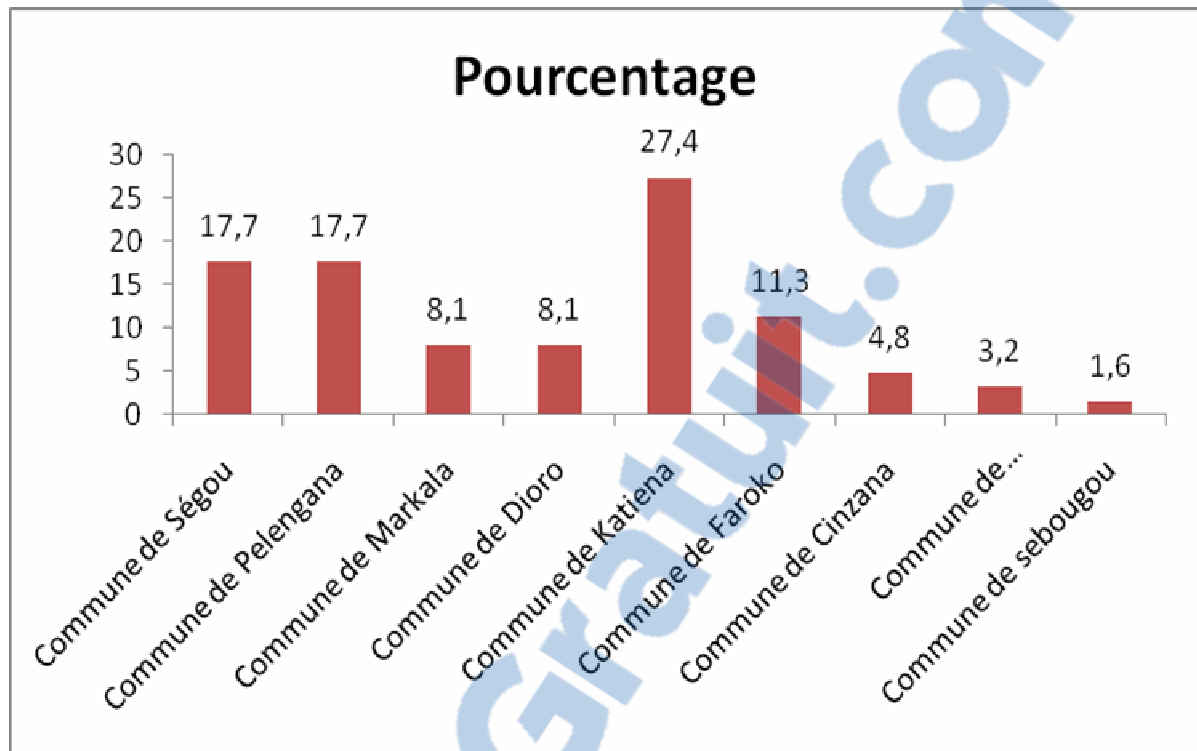
Graphique II : Répartition des patientes selon le moyen de transport



L'ambulance a été le moyen de transport le plus utilisé avec **88,7%**

Autre moyen de transport = charrette

Graphique III : Répartition des patientes selon la provenance



27,4% des Patientes vivaient dans la commune de Katiena.

Tableau V : Répartition des patientes selon la distance parcourue.

DISTANCE PARCOURUE	EFFECTIF	Pourcentage
inférieur 15Km	13	21
15 – 30Km	15	24,2
30-50Km	16	25,8
50 – 100Km	18	29
TOTAL	62	100

La rupture utérine a été observée dans **72 %** des cas chez des patientes qui ont parcouru moins de 50 km

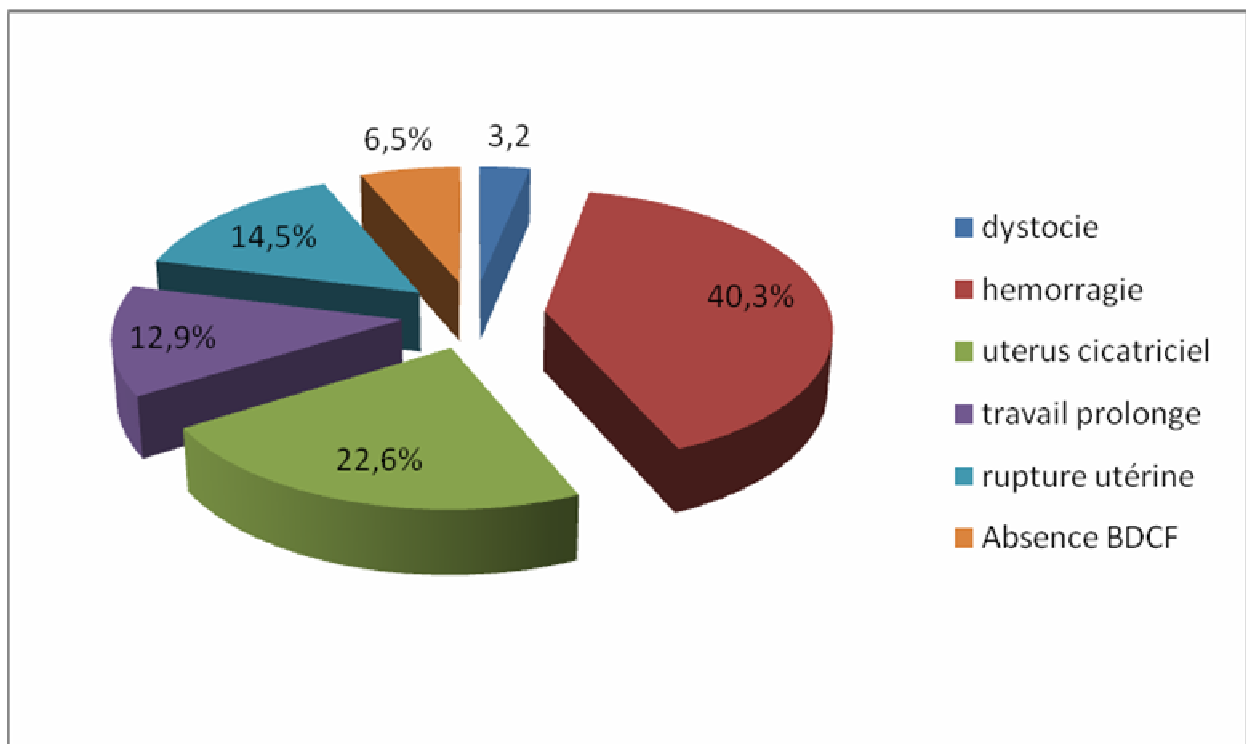
Tableau VI : Répartition des patientes en fonction du temps mis entre la référence et l'admission.

DELAI D'ADMISSION	EFFECTIF	Pourcentage
2 -3 heures	25	40,4
4-5 heures	34	54,8
6 heures	3	4,8
TOTAL	62	100

95,2 % des patientes avaient mis au plus 5 heures entre la référence et l'admission

Le délai d'admission est le temps écoulé entre la prise de décision d'évacuation et l'admission à l'hôpital.

Graphique IV : Répartition des patientes selon le motif d'évacuation.



L'hémorragie a été le motif de référence le plus souvent évoquée avec **40,3%**

4 Antécédents

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

ANTECEDENTS	EFFECTIF	pourcentage
Césarienne	17	27,4
Aucun	45	72,6
TOTAL	62	100

27,4% des patientes avaient au moins une cicatrice de césarienne.

Tableau VIII: Répartition des patientes selon la parité

PARITE	EFFECTIF	pourcentage
Primipare	4	6,5
Paucipare	18	29
Multipare	40	64,5
TOTAL	62	100

Primipare : 1^e accouchement

Paucipare : 2^e et 3^{ème} accouchements

Multipare : supérieur ou égal à 4 accouchements

Les multipares sont plus concernées par la rupture utérine avec **64,5%**

Tableau IX: Répartition des patientes selon l'intervalle intergénéscique

INTERVALLE INTER	EFFECTIF	pourcentage
Inférieur à 24 mois	36	62
Supérieur à 24 mois	22	38
TOTAL	58	100

62% des patientes avaient un intervalle intergénéscique inférieur à 24 mois

5 Grossesse

Tableau X: Répartition des patientes selon le suivi de la grossesse

SUIVI DE LA GROSSESSE	EFFECTIF	pourcentage
Oui	16	25,8
Non	46	74,2
TOTAL	62	100

74,2% des patientes n'avaient bénéficié d'aucun suivi prénatal

Tableau XI : Répartition des patientes suivies selon le nombre de consultation prénatales

NBRE CPN	EFFECTIF	pourcentage
0	46	74,2
1	1	1,6
2	4	6,5
3	6	9,8
4	5	8
TOTAL	62	100

74,2 % des patientes n'avaient pas fait de CPN

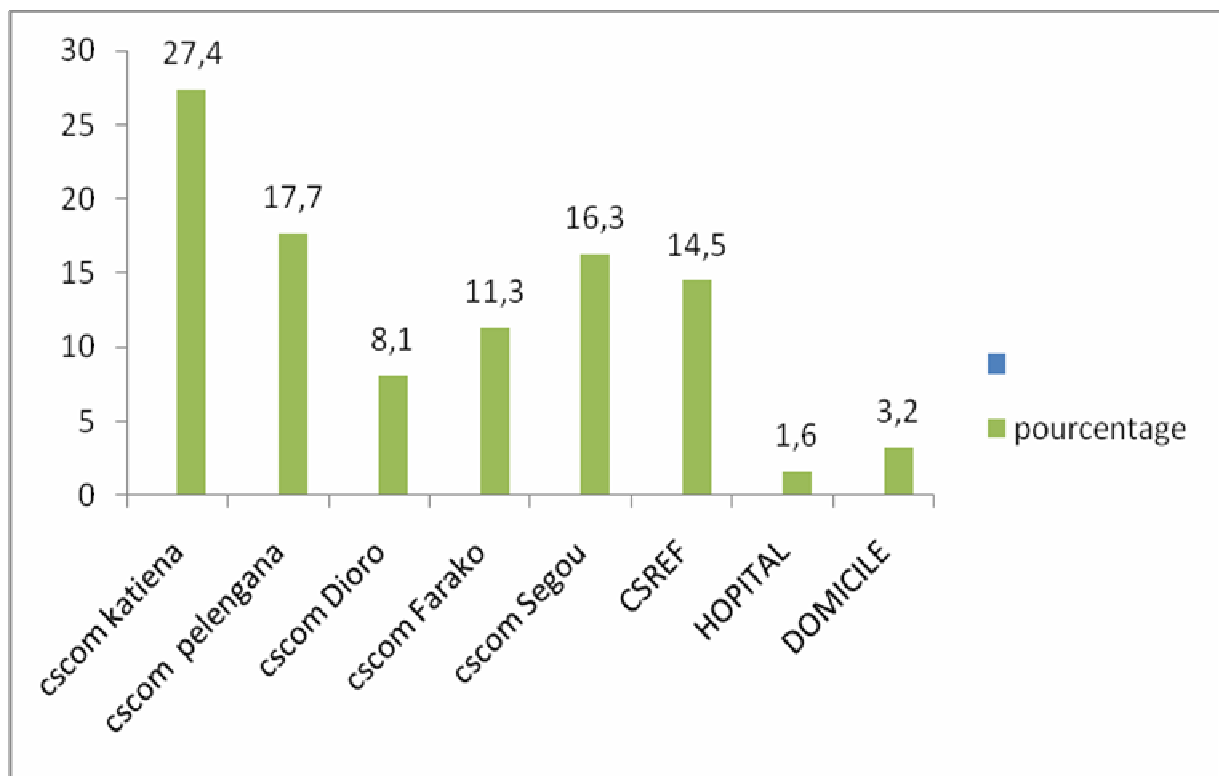
Tableau XII : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent ayant effectuée les consultations prénatales.

AGENTS	EFFECTIF	Pourcentage
Matrone	8	53,3
Sage femme	6	37,5
Infirmiere obstétricienne	1	6,7
Médecin	1	6,7
TOTAL	16	100

53 ,3% des consultations prénatales étaient effectuées par les matrones

6 Travail

Graphique V : Répartition des patientes selon le lieu de déroulement de Travail.



27,4 % de ruptures utérines avaient lieu dans le CSCOM de KATIENA

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la durée du travail

DURE DU TRAVAIL	EFFECTIF	pourcentage
Inférieur à 12H	17	27 ,7
12-48 H	42	67,7
Supérieure 72H	3	4,8
TOTAL	62	100

72,5% des patientes avaient une durée du travail d'au moins 12 heures

7 Clinique

Tableau XIV Répartition des patientes selon l'état général à l'admission

ÉTAT GENERAL	EFFECTIF	Pourcentage
Conservée	45	72 ,6
Etat de choc	17	27,4
TOTAL	62	100

27,4 % des patientes étaient venues dans un tableau de choc hypovolémique

Tableau : XV Répartition des patientes selon les signes cliniques

SIGNES CLINIQUE	EFFECTIF	TOTAL	POURCENTAGE
Hémorragie	62	62	100
Absence C U	54	62	87,1
Fœtus sous la peau	29	62	46,8
Absence des BDCF	54	62	87,1
Hyperthermie	7	62	11,3

Rupture utérine

L'hémorragie était le maître symptôme (**100 %**)

Tableau XVI: Répartition des patientes selon la circonstance de survenue de la rupture :

C .S.R	EFFECTIF	Pourcentage
Abus d'ocytocique	23	37, 1
Expression utérine	21	33 ,9
Rupture sur utérus Cicatriciel	17	27, 4
Manceuvre par version interne	1	1,6
TOTAL	62	100

37,1 % des ruptures utérines étaient dues à l'abus d'ocytocique

Tableau : XVII Répartition des patientes en fonction de l'existence ou non de bruit du cœur foetal (B.D.C.F)

BDCF	EFFECTIF	Pourcentage
Absent	54	87,1
Présent	8	12,9
TOTAL	62	100

Les BDCF étaient absents dans **87,1%**

Tableau : XVIII Répartition des patientes en fonction du type de bassin :

TYPE DE BASSIN	EFFECTIF	Pourcentage
Normal	56	90,3
Limites	4	6,5
Rétréci	2	3,2
TOTAL	62	100

Le bassin était incriminé dans seulement **10 %** des cas

Tableau XIX : Répartition des patientes en fonction de la période du diagnostic :

DIAGNOSTIC	EFFECTIF	Pourcentage
Pré opératoire	50	80,6
Per – Opératoire	12	19,4
TOTAL	62	100

Le diagnostic était fait dans **80 ,6 %** des cas en préopératoire

8 Examens Para cliniques :

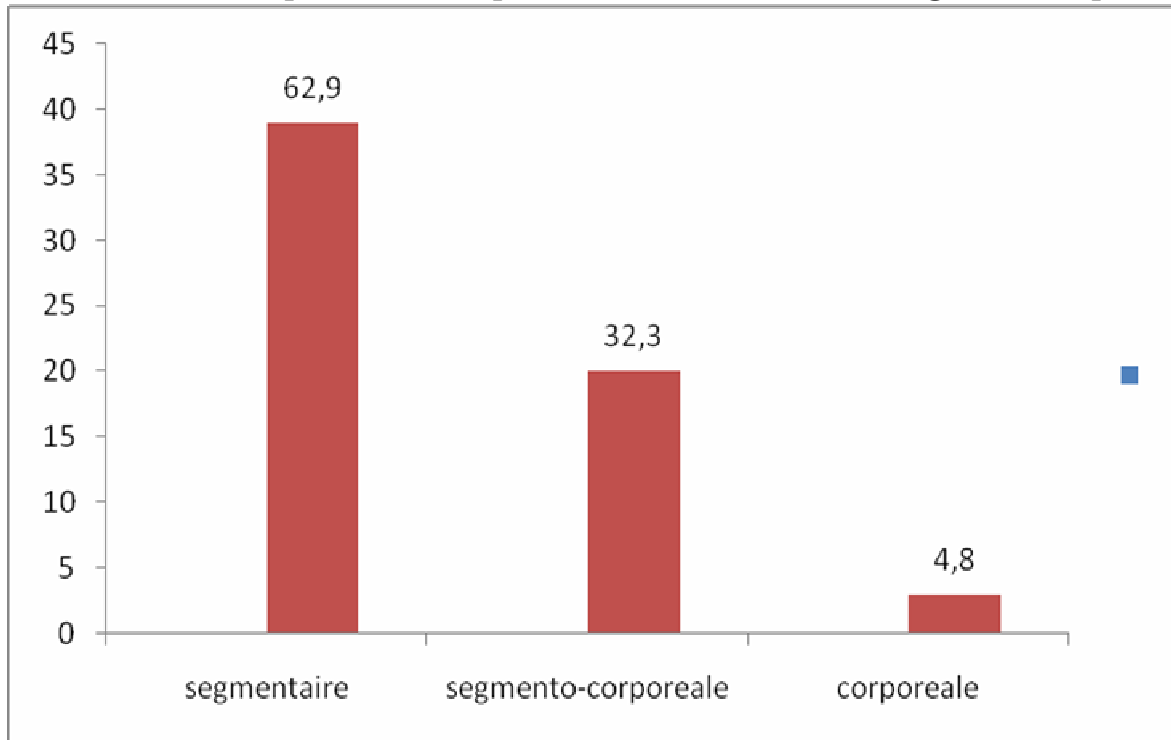
Tableau XX : Répartition des patientes en fonction du taux d'hémoglobine :

TAUX HEMOGLOBINE	EFFECTIF	Pourcentage
3 à 4g /dl	15	24,2
5 à 6g / dl	19	30,6
7 – 9 g / dl	20	32,3
> à 10 g/ dl	8	12,9
TOTAL	62	100

54,8 % des patientes avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g /dl

9 Anatomie Pathologie :

Graphique VI Répartition des patientes en fonction du siège de la rupture



Le segment inférieur était intéressé dans **62,9 %** des cas

Tableau XXI Répartition des patientes en fonction du degré d'atteinte des tuniques :

TYPE	EFFECTIF	Pourcentage
Complet	52	83,9
Incomplet ou sous séreux	10	16,1
TOTAL	62	100

Dans 83,9 % des cas la rupture était complète

Tableau XXII Répartition des patientes en fonction du type de lésions associées :

TYPE DE LÉSION ASSOCIEES	EFFECTIF	Pourcentage
Pédicule utérin	10	16,2
Fistule vesico – vaginale	1	1,6
Rupture étendue au col - utérin	1	1,6
Aucune lésion associée	50	80,6
TOTAL	62	100

La rupture utérine était associée dans **19,3 %** des cas soit à une atteinte du pédicule utérin (1 ;6 %), soit à une atteinte vésicale (1 ;6 %) ou étendue au col (1 ;6 %)

10 Attitude Thérapeutique :

Tableau XXIII Répartition des patientes en fonction de la transfusion :

TRANSFUSEES	EFFECTIF	Pourcentage
Oui	41	72
Non	15	28
TOTAL	56	100

28 % de besoin transfusionnel non satisfait

Tableau XXIV Répartition des patientes en fonction du type d'intervention :

TYPE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Hystérectomie Totale	20	32 ,8
Hystérectomie subtotala	6	9,8
Hysterorraphie	35	57,4
TOTAL	62	100

Une chirurgie conservatrice a été pratiquée dans **57 ,4 %** des cas

Tableau XXV Répartition des patientes en fonction du type antibioprofylaxie

TYPE	EFFECTIF	Pourcentage
Bithérapie	55	90,2
Triple Thérapie	6	9,8
TOTAL	61	100

Bithérapie : Metronidazole plus Amoxicilline ou Metronidazole plus ceftriaxone

Triple thérapie : Metronidazole plus Amoxicilline plus Gentamycine

Tableau XXVI Répartition des patientes en fonction de mode d'accouchement

MODE	EFFECTIF	Pourcentage
Voie Haute	52	83 ,9
Voie Basse	10	16 ,1
TOTAL	62	100

La voie haute a été la voie d'accouchement la plus utilisée avec **83,9%**

11 PRONOSTIC MATERNO-FOETAL

MORBIDITE MATERNELLE

Tableau XXVII Répartition des patientes en fonction des suites opératoires :

SUITES OPERATOIRES	EFFECTIF	POURCENTAGE
SIMPLE	56	91,8
ANEMIE	3	5
SEPTICEMIE	1	1,6
SUPPURATION PARIETALE	1	1,6
TOTAL	61	100

Les suites opératoires ont été simples dans **91,9 %** des cas

Tableau XXVIII Répartition des patientes en fonction du pronostic maternel

MERE	EFFECTIF	pourcentage
Vivante	57	91,9
Décédée	5	8,1
TOTAL	62	100

La létalité liée à cette pathologie est de **8,1 %**

Tableau XXIX Répartition des patientes en fonction de cause de décès

Cause de décès	Effectif	Pourcentage
Choc Hémorragique	4	80
Septicémie	1	20
TOTAL	5	100

4 décès ont été enregistrés dont un décès survenu par choc hémorragique **10 minutes** après son admission sans qu'elle n'est reçue le moindre soin

Tableau XXX Répartition des patientes en fonction du pronostic foetal :

PRONOSTIC FOETAL	EFFECTIF	Pourcentage
Vivant	8	12,9
Mort-né	54	87,1
TOTAL	62	100

La mortalité foetale était de 87,1%

ETUDE ANALYTIQUE

Tableau XXXI Répartition des patientes en fonction des circonstances de survenue de la rupture et du niveau d'étude

niveau étude CSR	ANALPHABETE	NIVEAU PRIMAIRE	NIVEAU SECONDAIRE	TOTAL
Abus d'ocytocique	22 (95,7%)	1 (4,3%)	0 (0,00)	23 (37,1%)
Expression utérine	20(95,2%)	1(4,8%)	0(0,00)	21(33,9%)
Utérus cicatriciel	15(88,2%)	1(5,9%)	1(5,9%)	17(27,4%)
Manœuvre	1(100%)	0(0,00)	0(0,00)	1(1,6%)
Total	58(93,5%)	3(4,8%)	1(1,6%)	62(100%)

Khi=2,82

P VALEUR=0,04 (p<0,05)

Les analphabètes ont été les plus exposés à l'abus d'ocytocique et de l'expression utérine avec respectivement 95,7% et 95,2%

Tableau XXXII Répartition des patientes en fonction des circonstances de survenue de la rupture et du mode d'admission

Mode adm CSR	EVACUEES	VENUS ELLE- MEME	TOTAL
ABUS D'OCYTOCIQUE	21(91,3%)	2(8,4%)	23(37,1%)
Expression utérine	18(85,7%)	3(14,3%)	21(34,9)
Utérus cicatriciel	15(88,2%)	2(11,8%)	17(27,4%)
Manœuvre	1(100%)	0(0,00)	1(1,6%)
Total	55(88,7%)	7(11,3%)	62(100%)

Khi=3,53

P valeurs=0,02 (p<0,05)

L'évacuation a été la plus représentée avec 88,7%

Tableau XXXIII Répartition des patientes en fonction des circonstances de survenue de la rupture et la parité

PARITE CSR	PRIMIPARE	PAUCIPARE	MULTIPARE	TOTAL
ABUS OCYTOCIQUE	3(13%)	4(17,4%)	16(69,6%)	23(37,1%)
EXPRESSION UTERINE	1(4,8%)	6(28,6%)	14(66,7%)	21(34,9%)
UTREUS CICATRICIEL	0(0,00)	8(47,1%)	9(52,9%)	17(27,4%)
MANŒUVRE	0(0,00)	0(0,00)	1(100%)	1(1,6%)
TOTAL	4(6,5%)	18(29%)	40(64,5%)	62(100%)

Khi=6,73 p valeurs=0,035 (p<0,05)

Les multipares ont été les exposés aux expressions utérines et à l'abus d'ocytocique avec respectivement 69,6% et 66,7%

Tableau XXXIV Répartition des patientes en fonction des circonstances de survenue de la rupture et de l'intervalle intergénéscique

I. I. G C.S.R	INFERIEUR A 24 MOIS	SUPERIEUR A 24 MOIS	TOTAL
ABUS OCYTOCIQUE	21(91,3%)	2(8,7%)	23(37,1%)
EXPRESSION UTERINE	12(57,1%)	9(42,9%)	21(33,9)
UTERUS CICATRICIEL	9(52,9%)	8(47,1%)	17(27,4%)
MANŒUVRE	1(100%)	0(0,00)	1(1,6%)
TOTAL	40(64,5%)	22(35,5%)	62(100%)

Khi=6,05 P valeur=0,04 (p<0,05)

L'intervalle intergénéscique inférieur à 24 mois a été le plus exposé à l'abus d'ocytocique avec 91,3%

Tableau XXXV Répartition des patientes en fonction des circonstances de survenue de la rupture et du suivi de la grossesse

Suivi grossesse C.S.R	OUI	NON	TOTAL
ABUS OCYTOCIQUE	2(8,7%)	21(91,3%)	23(37,1%)
EXPRESSION UTERINE	4(19%)	17(81%)	21(33,9%)
UTERUS CICATRICIEL	10(58,8%)	7(41,2%)	17(27,4%)
MANŒUVRE	0(0,00)	1(100%)	1(1,6%)
TOTAL	16(25,8%)	46(74,2%)	62(100%)

Khi=14,40 P valeur=0,03 (p<0,05)

Les grossesses non suivies ont été les plus exposées à l'abus d'ocytocique avec 91,3%

Tableau XXXVII Répartition des patientes en fonction des circonstances de survenue de la rupture et du type de bassin

bassin C.S.R	NORMAL	LIMITE	RETRECI	TOTAL
ABUS OCYTOCIQUE	20(87%)	1(4,3%)	2(8,7%)	23(37,1%)
EXPRESSION UTERINE	20(95,2%)	1(4,8%)	0(0,00)	21(33,9%)
UTERUS CICATRICIEL	15(88,2%)	2(11,8%)	0(0,00)	17(27,4%)
MANOEUVRE	1(100%)	0(0,00)	0(0,00)	1(1,6%)
TOTAL	56(90,3%)	4(6,5%)	2(3,2%)	62(100%)

KHI=4,55 p valeurs =0,60 (p<0,05)

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre les circonstances de survenue de la rupture utérine et le type du bassin avec une valeur p=0,60

Tableau XXXVIII Répartition des patientes en fonction des circonstances de survenue de la rupture et de geste effectué

GESTE CSR	HYSTERECTOMI E TOTALE	HYSTERECTOMI E SUBTOTALE	HYSTER ORRAPHIE	TOTAL
ABUS OCYTOCIQUE	10(43,5%)	0(0,00)	13(56,5%)	23(3,1%)
EXPRESSION UTERINE	5(23,8%)	2(9,5%)	14(66,7%)	21(33,9%)
UTERUS CICATRICIEL	5(29,4%)	4(23,5%)	8(47%)	17(27,4%)
MANOEUVRE	0(0,00)	0(0,00)	1(100%)	1(1,6%)
TOTAL	20(32,3%)	6(9,8%)	35(56,5%)	62(100%)

KHI=7,82 p valeurs=0,025 (p<0,05)

L'hysterorraphie était pratiquée dans 56,5%

V COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- Fréquence :

Durant 30 mois il a été enregistré dans le service de gynéco obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou 4594 accouchements dont 62 cas de rupture utérine soit une fréquence de 1,3% ou une rupture utérine pour 74 accouchements.

Notre taux est inférieur à ceux des auteurs tels que :

- KONARE.F [29] à l'hôpital SOMINE DOLO de MOPTI en 2007,
- LANKAONDE.J [30] au Burkina Faso en 1998,
- CHAMISSO.B [8] en Ethiopie en 1995 qui ont trouvé respectivement une rupture pour 56 accouchements ; une rupture pour 44 accouchements et une rupture pour 38 accouchements ; supérieur à ceux de CHAMPAULT [9] au Cameroun et SIDIBE.M [44] à l'hôpital de Sikasso en 1999 rapportent respectivement une rupture pour 509 accouchements et une rupture pour 118 accouchements.

Les fréquences des pays Africains sont également plus bas que ceux des pays industrialisés comme l'atteste :

- COSSON.M [35] en France (1983) qui a trouvé une rupture pour 1299 accouchements
- MILLER.D.A [36] aux USA (1994) une rupture pour 6849 accouchements

Ce fossé entre les pays industrialisés et ceux en voie de développement pourraient s'expliquer par l'inaccessibilité des structures de santé d'une part et d'autre part, par la mauvaise organisation du système référence évacuation

*C'est l'indicateur de développement d'un pays

2 FACTEURS FAVORISANTS

- Age :

L'âge moyen de nos patientes est de 30 ,5 ans avec des extrêmes de 16 et 45 ans ; la tranche d'âge de prédilection est celle de 26-30 ans. Cette tranche d'âge est souvent concernée en Afrique comme l'atteste plusieurs auteurs [6, 15, 17, 18,29]

Ceci pourrait s'expliquer par la précocité du mariage en Afrique et le fait que la tranche d'âgés 26-30 ans correspond à la période où l'activité génitale est intense

- Parité :

Les multipares ont représenté 64,5% dans notre échantillon suivies des paucipares 29 %. Notre prédominance des multipares se confirme par des auteurs comme :

- BOHOUSSOU [6] note 56,74 % de multipares dans une étude réalisée dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Cocody à Abidjan

- PICAUD [41], dans sa série de 31 cas au centre hospitalier de Libreville, rapporte 60 % des multipares

- DIALLO.F.B [15] qui a trouvé 62 % de multipares dans une étude réalisée à la maternité de Niamey en 1998

Cela pourrait s'expliquer par la fragilisation de l'utérus chez les multipares .la multiparité constituerait un facteur de risque dans notre étude avec une valeur de $p= 0,035$

En effet, la réduction de l'intervalle intergénésiq ue inférieur à 24 mois, la multiparité, la fragilisation de l'utérus par une cicatrice antérieure, les tentatives d'accouchement à domicile pourraient contribuer à augmenter la fréquence des ruptures utérines dans nos pays

- Niveau socio-économique :

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

98,4% des patientes étaient mariées ;

Rupture utérine

96,8% étaient ménagères sans profession et.

93,5% analphabètes.

Ceci prouve que la grande majorité des patientes admises dans notre service pour rupture utérine étaient sans ou à faible revenu, analphabète vivant pour la plupart des cas avec leur mari. Il existe un lien statistiquement significatif entre le niveau socio-économique et la rupture utérine ($p= 0,04$)

Nous partageons l'avis de DIOUF.A [17] qui disait que le seul niveau socio-économique dans nos pays intervient dans la genèse des ruptures utérines. Il réduit l'accès aux soins médicaux.

AIHONOU.E [1], REKIK.S [42] trouvent que 60 à 70% des cas de rupture utérine en Afrique s'observent chez les femmes de classe économiquement faible issues pour la plupart du milieu rural où des zones semi urbaines désertées.

En effet, il faut ajouter l'absence de route et de moyen de transport des malades vers les structures spécialisées, ce qui complique davantage la prise en charge de ses parturientes.

- Antécédent de césarienne

Sur 62 cas de ruptures utérines, seulement 17 patientes soit 27,4% présentaient un antécédent de césarienne. Il s'agit de rupture sur un utérus cicatriciel. Ce résultat est inférieur à celui de R. Le CANNELEIR [62] qui trouve à Dakar 30% d'utérus cicatriciel et supérieur à celui de LANKAONDE .J [29] qui trouve 7,5% à Ouagadougou.

Cependant, il faut noter l'absence d'antécédent de curetage chez nos parturientes contrairement à certains auteurs comme MERGER R [64] qui insiste sur le rôle traumatisant des curettes comme facteurs favorisant de survenue de la rupture utérine.

-Intervalle intergénérisique

En ce qui concerne l'intervalle inter gènesique 62 % des parturientes avaient un intervalle inférieur à 24 mois. La réduction de cet intervalle est considérée comme facteur de risque en raison de modification histologique du muscle utérin .Il existe un lien significatif entre Intervalle inter gènesique et la rupture utérine ($p= 0,041$)

Rupture utérine

En ce qui concerne la surveillance prénatale 74,2% des patientes n'ont bénéficié d' aucune consultation prénatale.

- La provenance et le mode d'admissions :

Par rapport à la provenance géographique, 68,6% de nos parturientes résidaient dans le district sanitaire de Ségou dont 27,4 % pour la commune de Katiena.

Par rapport au mode d'admission de nos parturientes 55 cas (88,7%) ont été évacuées par des structures de premières références ce qui dénote encore une fois de plus de l'extrême urgence de la rupture utérine, 7 cas (11,13%) sont venus d'elle-même

Ces résultats sont superposables à celui de KONARE.F [29] qui rapporte un taux de 89% des patientes évacuées et 11% des patientes venues d'elle-même et supérieur à celui de DRABO.A [17] qui trouve 94% des patients évacuées et 16% des patientes venues d'elle-même.

En ce qui concerne le motif d'évacuation, l'hémorragie a été constatée dans 40, 3% de cas

-Selon la distance parcourue

Notre taux de 72 % des patientes ayant parcouru moins de 50 km est inférieur à celui de KONARE.F. [29] qui fait un état d'un taux de 90% des patientes qui ont parcouru moins de 100km et supérieur à celui de DRABO.A. [17] qui trouve 40,9% des patientes qui ont parcouru moins de 100 km.

Cette disparité entre les taux nationaux pourrait s'expliquer par la mauvaise organisation du système de référence évacuation

-Système de référence recours :

L'ambulance a servi au transport de 88,7 % de cas même si dans certains cas la malade n'est pas du tout sécurisée (sans voie veineuse, sans assistance au cours du transport)

3 LES FACTEURS ETIOLOGIQUES:

Rupture survenant sur utérus cicatriciel

La désunion de cicatrice utérine qui est la forme de rupture actuellement observée dans les pays fortement médicalisés, a représenté 27,4 % dans notre série.

Cette prévalence de rupture sur utérus cicatriciel est inférieure par rapport à celles trouvées par certains auteurs :

- DIOUF.A [17] 60 % au Sénégal
- DIALLO.F.D [15] 61,69 % au Niger ;
- SOLTAN.M.H [43] 54,5 % en Arabie saoudite ; supérieur à celui de SIDIBE.M [44] 18,9 % à Sikasso

Ce taux élevé de désunion utérine pourrait s'expliquer en grande partie par l'inflation du taux de césarienne d'une part et d'autre part par la mauvaise qualité des cicatrices de césarienne qui sont le plus souvent effectuées par des compétents dans nos pays ou les spécialistes sont en nombre insuffisant

-Les ruptures iatrogènes :

Ce sont des ruptures liées à l'accoucheur (abus d'ocytocine, manœuvre obstétricale et expression utérine)

- L'abus d'ocytocine représente 37,1 % dans notre série
- La manœuvre obstétricale est responsable de 1,6%
- L'expression utérine représente 33,9 % des ruptures.

AKPADZA.K [42] trouve au Togo 2,3 % de causes liées aux manœuvres endo utérines et LH ILOKI [33] nous rapporte 6,7 % de manœuvres obstétricales à Brazzaville au Congo

- Rupture sur utérus sain

71 % de nos ruptures étaient survenues sur utérus sain.

Ce taux est superposable à ceux de :

- AKPADZA.K [27] qui rapporte 72,1 % au centre hospitalier régional de SOKODE (Togo),
- DOLO.A [18], dans sa série de 21 cas observés au service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital de Point G, relève 71,4 % ; supérieur à ceux de :
- ALIHONOU.E [1] au BENIN qui a trouvé 47,2 %

Rupture utérine

- DIOUF.A [17] au SENEGAL a eu 31,7 % ,
- KABA.C.S [26] en COTE d'Ivoire 55 ,02 % et inférieur à celui de KONARE.F [29] 85,7% à l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti.

Ce taux élevé de rupture utérine sur utérus sain pourrait s'expliquer par des présentations dystociques ,la macrosomie ,les angusties pelviennes couples le plus souvent à l'usage abusif de l'ocytocine et aux expressions utérines mal exécutées . A cela faudrait-il ajouter le taux élevé d'accouchement non assisté.

4 DIAGNOSTIC :

- Etude clinique

Toutes les patientes ont bénéficié d'un examen à l'admission, la fièvre a été retrouvée chez 11,3% des parturientes avec une température supérieure ou égale à 38°C Notre taux est supérieur à celui de KONARE.F [29] qui rapporte 7,1 % et inférieur a celui de DIOUF.A [17] qui trouve 17,1% de fièvre associée à la rupture.

A l'admission 17 patientes présentaient un état de choc 1 cas de décès enregistré 10 munîtes après son admission sans qu'on ne puisse aborder une voie.

Quant à l'anémie, elle a été appréciée par l'état des conjonctives et des muqueuses ainsi 28 cas (45,1%) présentaient un état anémique dont 8 cas (12,9%) juges sévères.

- DIOUF. A [17] trouve dans son étude seulement 20% d'anémie
- LANKOANDE. J. [30] 50% des parturientes présentaient un état général cliniquement mauvais

72,5% des patientes avaient une durée de travail supérieure à 12 heures. Chez 87, 1% les bruits du cœur foetal étaient absents, et perçus dans 12,9% des cas.

Les circonstances de survenue de la rupture utérine

La rupture utérine s'est déroulée dans la plupart des cas au cours du travail. Nous notons dans notre série 1 cas de rupture utérine liée à la version par manœuvre interne (VMI).Dans 27,4 % des cas, la rupture

Rupture utérine

survenait sur un utérus cicatriciel, 37,1 % des cas de ruptures étaient consécutifs à l'abus d'ocytocique et 33,9 % des ruptures utérines à l'expression utérine.

Dans 80,8% des cas, la rupture a lieu dans une formation sanitaire (soit une maternité rurale, soit un centre de santé communautaire) ; la responsabilité incombait au CSREF dans 14,5 % de cas. On note 3,2% des ruptures survenues au décours des accouchements à domicile.

Un cas soit (1,6%) de Rupture a lieu à l'hôpital, il s'agissait d'une multipare avec une présentation de siège complet admise à la période expulsive du travail d'accouchement et qui avait accouché par la voie basse 30 minutes consécutives à son admission d'un nouveau né de sexe masculin pesant 3500 g avec un apgar à la première minute, 7/10 à la 5^{ème} minute 10/10 dont les suites ont été compliquées d'hémorragie dont la persistance a nécessité une révision utérine, qui a permis de faire le diagnostic. Elle a bénéficié d'une hystérogaphie avec des suites simples et sortie de la patiente à J5.

- Circonstance du Diagnostic

Les circonstances du diagnostic ont été variables :

Dans 80,6% des cas, le diagnostic a été évident avant toute intervention devant :

- L'hémorragie extériorisée dans 100% des cas
- La palpation du fœtus sous la peau dans 46,8% des cas
- L'absence de contraction utérine dans 87,1% des cas
- La Fièvre a été retrouvée chez 11.3% des patientes

REKIK.S [42] et KEITA.N [31] ont trouvé respectivement 36% et 59,35% de cas de fièvre associée à la rupture. Le diagnostic a été facile dans 81,25 % des cas chez CHAMPAULT.G [9] devant hémopéritoine et la superficialité du fœtus.

Rapport-gratuit.com 

Rupture utérine

Dans 19,4% des cas, la découverte de la rupture a été faite lors de la césarienne indiquée soit pour syndrome de pré rupture soit pour disproportion fœto pelvienne (DFP) soit pour travail prolongé ou pour présentation dystocique.

Ce taux de découverte de la rupture utérine en per opératoire est comparable à ceux de MAZHIRI [34] et KONARE.F [29] qui trouvent respectivement 18 % et 16 % ; inférieur à ceux de TRAORE.Y [45] et REKIK [42] qui rapportent respectivement un taux de 28,2% et 40%.

8,1% des cas de rupture ont été diagnostiqués dans le post partum dont un cas dans le post partum immédiat lors de la révision utérine et les autres dans le tableau d'hémorragie du post partum. Ce qui dénote l'intérêt de la révision utérine devant tout cas d'hémorragie du post partum et de l'examen sous valve.

Notre taux est comparable à celui de KEITA.N [31] qui trouve 8,38% dans sa série et inférieur à ceux de TRAORE.Y [45] et REKIK [42] qui rapportent respectivement un taux de 10 % et 19,5 %.

5-LES LÉSIONS ANATOMIQUES

En fonction du type de lésion, la rupture était complète dans 52 cas soit 83,9% contre 10 cas de rupture incomplète soit 16,1%.

Le siège de rupture était segmentaire dans 39 cas 62,9% segmento-corporeale dans 20 cas soit 32,3 % et typiquement corporeal dans 3 cas (4,8 %).

Dans notre étude, les ruptures complètes sont de loin les plus fréquentes. Propos partagé par la plupart des auteurs contemporains :

BOHOUSSOU K. [6] ; DIOUF A [17] ; LEUNG AS [43] ; M COSSON [35] ;

Cependant ce taux de rupture complète est inférieur à celui de KONARE.F [29] qui trouve 91% de cas.

Les principales lésions associées à la rupture utérine sont représentées par :

- Les lésions du pédicule utérin 10 cas (16,2 %)
- la déchirure du col utérin : 1 cas (1,6 %)
- l'atteinte vésicale : 1 cas (1,6 %)

6- ASPECTS THERAPEUTIQUES DE LA RUPTURE UTERINE.

Traitement conservateur

Le traitement de toute rupture reconnue est d'abord chirurgical. Il est encadré par la réanimation pré – per – et post opératoire.

Son but est d'assurer une hémostase correcte des lésions et si possible les réparer .L'hystérorraphie a été pratiquée dans 57,4 % des cas .Ce taux est superposable à ceux de Champault [9] au Cameroun et de Diallo.F.B [15] au NIGER qui ont trouvé respectivement 53% et 56% ; inférieur à celui de Boutaleb [7] 83% (Maroc) et supérieur à celui de KVS TETE [28] qui a eu 28 % au Togo.

Ce taux de 57,4 % d'hystérorraphie témoigne de la jeunesse de notre population d'étude, la précocité du diagnostic et la prise en charge adéquate des cas de rupture .

Traitement radical

Dans 42,6% des cas l'hystérectomie d'hémostase a été réalisée.

Notre taux est superposable à ceux de :

- PICAUD.A [41], dans sa seriez de 31 cas observes au centre hospitalier de Libreville (Gabon) qui rapporte 46,4 %
- KONARE .F [29] qui trouve 43 % à l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti en 2008

Notre taux élevé de l'hystérectomie pourrait s'expliquer souvent par les difficultés d'hémostase, par l'atteinte des pédicules utérins (lésion importante) et la durée de rupture supérieure à 6 heures de temps.

Traitement médical

Le traitement de l'infection a été fait suivant les règles de la bi antibiothérapie ou tri antibiothérapie chez la quasi-totalité de nos patientes.

La bi antibiothérapie à base de Metronidazole perfusion et ciprofloxacine perfusion pendant 72 heures, puis le relai par les formes comprimées.

La tri antibiothérapie à base de Metronidazole perfusion, Amoxicilline injectable et gentamycine pendant 72 heures puis le relai par la voie per os.

C'est ainsi que 55 patientes soit 90.2% ont bénéficié d'une bithérapie et 6 cas (9.8%) ont bénéficié d'une trithérapie.

NB : Ces médicaments se trouvent dans le kit gratuit de césarienne

Le coût du traitement est 100 % gratuit pour les patients et leurs parents car la prise en charge fait partie de la politique nationale de la gratuité de la césarienne instaurée en 2005 sur toute l'étendue du territoire national.

- Le manque crucial de sang au niveau de l'hôpital fait que certaines de nos patientes choquées ne sont pas transfusées à hauteur de souhait.

D'autres perdent la vie sans qu'on ne puisse leur apporter la moindre goutte de sang faute de donneur.

C'est ainsi que 41 parturientes soit 73% ont bénéficié légèrement d'une transfusion sanguine. Un cas de décès maternel par choc hémorragique a été enregistré 10 minutes après son admission sans avoir bénéficié le moindre soin.

7 PRONOSTIC

Pronostic maternel

Dans notre série d'étude, la mortalité maternelle est de 8,1 %

Au niveau de la sous région :

- Bohoussou (Cote d'Ivoire) trouve 13,89 % de décès maternel
- Picau rapporte un taux de 6,5 % à Libreville
- Diallo a eu 16 % de décès maternel à Niamey

Malgré les efforts consentis (la gratuite de césarienne) dans la réduction de la mortalité , la létalité liée à cette pathologie reste toujours élevée d'où la nécessité de réorganiser le système de référence évacuation , d'intensifier la sensibilisation au cours de la CPN sur le risque de danger et la nécessité pour les femmes d'accoucher dans une structure de santé .C'est l'indicateur du développement d'un pays.

Pronostic foetal

La mortalité foétale est très élevée avec 87,1 % des cas. Ce taux concorde avec ceux de la littérature Africaine dans laquelle le lourd tribut payé par le fœtus demeure une constante [9, 19, 29, 41, 42] qui ont trouvé respectivement 83 %, 84 %, 91 %, 95 %, et 90,70 %.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait d'un retard du diagnostic et de la prise en charge

CONCLUSIONS

- La rupture utérine est une urgence chirurgicale. Elle constitue une des principales causes de mortalité maternelle au Mali.
- Les létalités maternelle et fœtale de cette affection sont respectivement de 8,1% et de 87, 1%
- Les multipares sont les plus affectées 64,5%.
- L'utilisation d'ocytocique, les expressions utérines, les désunions de cicatrice de césarienne et la dystocie mécanique sont les principales causes de cette explication de l'accouchement.
- La prise en charge précoce par les différentes techniques chirurgicales (hystérogamie, hystérectomie) a permis de réduire considérablement la mortalité et la morbidité liées à cette complication de l'accouchement.

Recommandations

A l'endroit des communautés :

- Une plus grande participation aux efforts de développement du système sanitaire du pays, notamment l'extension de la couverture sanitaire et l'organisation du système de référence évacuation
- Une plus grande fréquentation des consultations prénatale et cela dès le début de la grossesse
- Eviter les retards dans les recours aux soins
- Accoucher dans les structures médicalisées
- Créer des associations de donneurs bénévoles.

A l'endroit des agents socio sanitaires :

- Intensifier l'I.E.C (information éducation communication) a l'endroit des communautés en l'occurrence sur les risques liés à l'accouchement à domicile, le travail prolongé, les pratiques traditionnelles néfastes et la non reconnaissance des signes de complication de la grossesse
- Mettre en place une équipe d'urgence disponible 24 heures sur 24
- Faire des consultations prénatales de qualité
- Utiliser correctement le partogramme dans la surveillance du travail d'accouchement
- Interpréter correctement les anomalies du partogramme en vue d'une référence a temps
- Une bonne qualification des agents de santé dans la prise en charge des urgences obstétricales.

❖ A l'endroit des autorités politique et administrative :

- Intensifier l'extension de la couverture sanitaire sur toute l'étendue du territoire nationale

Rupture utérine

- Organiser le système de référence évacuation au niveau des CSREF (ambulance et les moyens de communications)
- Doter les structures en équipement adéquat et en personnel qualifié
- Rendre disponible le sang au niveau de la mini banque de sang au niveau des hôpitaux et les autres structures de références
- Repartir de façon satisfaisante et équitable les agents en fonction des besoins sur toute l'étendue du territoire national

BIBLIOGRAPHIE

1 ALIHONOU, AGUESSEY, AHYIB, AKOCHOU

Les ruptures utérines ; facteurs favorisant et mesures prophylactiques.
Dakar Med; 1983, 28, 3, 553, 559

2 ASTARRITADC, FELDMANB.

Seat belt placement resulting in uterine rupture journal of trauma. 42(4);
738-40; 1997 Apr.

3 BAYO ; A

Les ruptures utérines à propos de 58 cas recensés à l'Hôpital Gabriel Touré.
Thèse de médecine, Bamako, 1991, N°1

4 BONAFOS M GARES

Rupture utérine négligée Bull. Féd. Soc. Gynoeica. Obstet.1952, 4 :351-352

5 BLUM, GALLT, SHAMAYAA.

La rupture utérine, une catastrophe obstétricale Revu. G. O : 1979, 74,751-
752

6 BOHOUSSOUK. M, ANOMA M, SANGARETM.A

Ruptures utérines au cours du travail. A propos de 128cas Afrique Méd.
1978, 17 ; (162) ; 467-478

7 BOUTALEBY., ADERDOURM, ZHIRIMA.

Les ruptures utérines J .Gynécol. Obstétr. Biol. Réproduct ; 1982,11 : 87-89

8 CHAMISO B.

Ruptures of pregnant uterus in Shashemene general hospital, south, shoat,
Ethiopia (a three year study of 5 cases Ethiopian Medical journal 33(4) : 25,-
7, 1995 oct.

9 CHANPAUL G.

Rupture utérine. Expérience Africaine de 64ans J. Gynécol. Obstétr.
Biol.Reprod 1978, 7,4855-860

10 COULIBALY F

Etude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako, à propos de
25 études cliniques. Thèse de Médecine Bamako 1995, N°40.

11 CHEN YU

Analyse clinique de 126cas de rupture utérine observée au niveau de
l'hôpital régional de Sikasso. Mali Médical 1998, VIII, N°3-4 ; P. 31-33

12 COULIBALY B.

Etude de la gravido-puerpéralité chez l'adolescente à la maternité de l'hôpital
national de point 'G' : à propos de 239cas. Theses Medicine Bamako 1992

13. CHENLH, TANKM, YEOGS.

A ten year review of uterine rupture in modern obstétrique. Annals of the
Academia of Medicine, Singapore 24(6) : 830-51 1995 November.

14 DIAKITE. M.

Les ruptures utérines à propos de 41cas observés à Bamako. Thèse de
médecine Bamako, 1985 : N°10.

15 DIALLO F. B., IDIN, C. VANGEEDEHUYSEN, D.BARAKA, I.HADIZA; I. LABO; M.DARE; M. GARBA

La rupture utérine à la maternité centrale de référence de Niamey (NIGER)
aspects épidémiologiques et stratégies de prévention. Médecine d'Afrique
noire, 1998: 45(5)

16 DIBBSKI, BALLRH, HUETTNERPC.

Spontaneous uterine rupture and hem peritoneum in the first trimester. American journal of perinatology. 12(6): 439-41

17 DIOUF A., DAO B., DIALLO D., MORENRA P., DIADHIOUF.

Les ruptures utérines au cours du travail : expérience d'une maternité de référence à Dakar (Sénégal). Médecine d'Afrique noire : 1995,42(11)594-597.

18 DOLO A., KEITA B., DIABATE F. S., MAIGA B.

Les ruptures utérine au cours du travail, à propos de 21cas observés au service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital de Point 'G. Médecine d'Afrique noire : 1991, 3812, 133-134.

19 DRABO A.

Les ruptures utérine à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti : facteurs influençant le pronostic materno-foetal et mesure prophylactique à propos de 25cas. Thèse de médecine, de Bamako, 2000, N°7

20 DRAVE N.A.

Etude rétrospective de la mortalité maternelle dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national de Point 'G' de 1991 à 1994 ; à propos de 103cas thèses de Médecine Bamako , 1996N°39.

21 DU VERGER V., BREDAY.

Les ruptures utérines. A propos d'une série de 52cas de 'brousse'. Médecine tropical, juillet septembre 1986, volume 8 n°3.

22 ECHYTEY NM.

Les ruptures. A propos de 171cas observés à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU de Lomé. Thèse de méd. Fac.des Scie. Méd. et Biol. ; Université de Bénin 1986.

23 F.VENDITELLI, J.L.TABASTE, TAYLOR JP.

Rupture utérine sur utérus antérieurement césarisé. Revue de littérature à propos de deux cas. Revu. F. Gynécologiste. 1993, 88,5.

24 GUEYE.S.M.K

La rupture utérine au SENEGAL : Résultats de deux enquêtes effectuées en 1992 et1996.

Thèse Méd. : DAKAR 1999 N°65

25 HODONOU A.K.S., VOVOR M.

Les ruptures utérines en milieu africain au CHU de Lomé à propos de 165cas. Méd. Afrique .noire 198, 30 : 507 – 517.

26 KABA C.S.

Rupture utérine : considérations épidémiologiques et pronostic materno-foetal dans un service de référence. A propos de 123cas. Mémoire de certificat d'étude spéciale gynécologie obstétrique. Année 1993.

27 K. AKPADZA, K.T. KOTOR SB, BAETEA, A.K.S. HODONOU

Les ruptures utérines au cours du travail au centre hospitalier régional de SOKODE (Togo) médecine d'Afrique noire : 1994,41(11) : 604-607.

28 K.V.S. TETE, E.D.DJAHOTO, K.FLAGO, AKPADZA,S. BAETA,A.K.S HODONOU

LES ruptures utérines au CHU de tokoin glome ;a propos de 56 cas colliges de janvier a décembre 1994, Revue.Fr.Gyneco-Obstét, 1996, 91,12

29 KONARE.F

Les R.U. a l'hôpital SOMINE DOLO DE MOPTI : facteur influençant le pronostic materno-fœtal et les mesures prophylactiques (a propos de 56 cas).Thèse de médecine 2008

30 LANKOADE. J, OUEDRAGO CH, TOURE B, OUEDRAGO A, DAO B.

Les ruptures utérines obstétricales a la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou. Médecine d'Afrique noire : 1998,41(1) :604-607

31 KEITA N, DIALLO M S, JAZY, BAEY M D, TOURE B.

Les ruptures utérines ; a propos de 155 cas observes a CONAKRY (République de Guinée) j

Gyneco.Obstet.biol reprod. 1989 ; 18 :1041-1047

32 LAFFONT A. ; FARRAGI A.

Accouchement normal après rupture utérine suturée. Bull. Fed. Soc.

Gynéco. Obstetric. ; 1950, 2:72-73

33 L H ILOKI.D.OKONGO, J REKOUND ZOLA.

Les ruptures utérines en milieu Afrique ,53 cas de colliges au CHU de Brazzaville, J.Gynecol biol. reprod ; 1994 ,23 922 -25

34 M AZHIRI, ADERDOUR, N.ZAHZE.

Etude comparative de 2 séries de ruptures colligées au CHU AVERROES de Casablanca de 1979 a1981 et de1984 a1986 .j.Gynecol.Obstet

.biol.reprod.1989, 18 206-212

35 M COSSON PH.DUFOUR, M.NAYAMA, D. VINATIER, j c monnier.

Pronostic obstetrical.reprod .1995, 24 434-439

36 MILLERD A, GOODWIN TM, GHERMAN RB, PAUL RH.

Intra partum rupture of the u unscarred uterus (Review) 18 Refs obstetrics and gynecology-89 (5Pt): 671 31997

37 M .KONE S.DIARRA

Les ruptures utérines au cours de la grossesse Encycl. méd. Chir. (paris - France Obstétrique 1995. N ° 4).5-080-A

38 MEICIER, DARAI E, PINET C, RAOUTI. , COLAN J C.

Rupture sur utérus cicatriciel, méconnue Revue .Fr.Gynecol Obst.1991, 86, 10,609-611

39 VAVDIN.F MUNYE MANAS

Rupture sur utérus au RWANDA (a propos de 87 cas)

méd.Trop.1983.43 :37-43

40 P. CORREA DIADHIOUF LAUROY.J

Mortalité maternelle au cours de la dystocie en milieu africain a Dakar A.F

MED, 1983,22(33) :393-398

41 PICAUD A, NLOME.NZE.

LES ruptures utérines a propos de 31 cas observes au centre hospitalier de LIBREVILLE (GABON) REV, FR. Gynéco 1986,84 :411-416

42 REKIK S HALOUANI.L

Les R.U a la maternité de SFAX : a propos de76 cas de1980 a1984 Tunisie médicale 1987,65 :2243_246

43 SOLTAN M. H KHASHOGGIT

Pregnancy following rupture of the pregnant uterus .intern at journal of gynecia and obstetric: 1996, 52:37-42

44 SIDIBE M

La R.U a BAMAKO Thèse de1979

Rupture utérine

45 TRAORE .Y

Les R.U. A L'hôpital de POINT G : facteur influençant le pronostic materno-fœtal et les mesures prophylactiques Bamako thèse de médecine 1996 N 27

Rapport-gratuit.com 

FICHE D'ENQUETE

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

I-

Identification de la patiente

Date d'entrée: /..../..../..../

Prenons et nom :

Age :

Ethnie :

Résidence :

Commune de :

Cercle de :

Statut matrimonial :

1. mariée
2. célibataire
3. divorcée
4. veuve

Niveau d'étude :

1. analphabète
2. primaire
3. secondaire
4. supérieur
5. autres à préciser

Profession :

1. sans profession
2. ménagère
3. élevé/étudiant/diplôme sans emploi
4. salariée
5. commerçante
6. autres à précisé

II-Admission

Mode d'admission :

1. évacuée
2. référée
3. venue d'elle-même

Moyen de transport :

1. ambulance
2. transport en commun
3. voiture personnelle
4. autres à précisé

Coût du transport (FCFA) :

Provenance (centre de santé ayant évacué)

Distance parcourue :

Heure d' admission au centre ayant référé :

Heure de prise de décision d'évacuation :

Horaire fixe de départ effectif :

Délai d'admission (délai entre décision d'évacuation et d'admission à l'hôpital).....

Motif

d'évacuation :

Fiche de référence : 1. Oui 2. Non

Partogramme : 1. Non 2. Mal rempli 3.

Bien rempli

III-Antécédents :

Médicaux :

- 1. diabète
- 2. HTA
- 3. drépanocytaire
- 4. autres
- 5. aucun

Chirurgicaux :

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

Obstétricaux :

Gestite :

Parité :

Nbre d'enfant vivant :

Intervalle intergenesique :

Dernière césarienne :

Nbre de césarienne :

Délai de la dernière césarienne :

IV-Grossesse actuelle

DDR : /...../...../...../

AGE :**SA**

DPA : /...../...../...../

CPN

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

Qualification de l'auteur :

Lieu :

VAT 1. A jour 2. Non a jour

Bilan biologique obligatoire : 1. complet 2. Incomplet

Groupage : 1. fait 2. Non fait

Autres :

Pathologies au cours de grossesse :

.....

Prophylaxie anti-palustre : 1. OUI 2.

Non

V Travail

Début : date : /...../...../.../ heure :

Déroulement du travail :

- 1. a domicile
- 2. au CSCOM
- 3. CSRéf
- 4. hôpital

VI- Examen physique a

l'entrée

Général :.....TA :.....T :
.....POULS :.....Conjonctives :.....

Obstétrical :

HU :.....
Nbre de CU/10mn :.....
Variété de présentation :.....
Position du dos :.....
BCF : 1. positif 2. Négatif
Bassin : 1. normal 2. Limite
3. Rétréci

VII- Examens para clinques

GRNFS 1. Oui 2. Non

VIII- Diagnostic de la R.U :

Diagnostic :

1. préopératoire
2. per-opératoire
3. post opératoire

IX Lésions

Nature de rupture : 1. complète 2.
Incomplète
Siège : 1. segmentaire 2. Corporéale 3.
Segmento-corporéale
Lésions associées : 1. Oui 2. Non

X- Méthode de traitement

1. Raphie sans ligature tubaire
2. Raphie avec ligature tubaire
3. Hystérectomie

XI Mode d'accouchement :

1. Accouchement voie basse
2. laparotomie

XII Evolution :

Suites simples :

Complications :

1. Infection pariétale
2. Endométrite
3. Péritonite
4. Septicémie
5. Anémie
6. Phlébite
7. Décès

préciser la cause :.....

Transfusion

Quantité prescrite :...../...../...../
Quantité reçue :...../...../...../

Nouveau-né :

Poids :.....Taille :.....Apgar :
1'.....5'.....10'.....
Durée d'hospitalisation :.....

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : SEME

PRENOM : KARIM

TITRE DE LA THESE : rupture utérine à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou de Janvier 2007-Juin 2009 (à propos de 62cas)

ANNEE DE SOUTENANCE : 2010...

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMPOS

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie obstétrique

RESUME :

La rupture utérine constitue une des principales causes de mortalité maternelle au Mali.

Durant ces 30 mois d'étude nous avons enregistré 4594 accouchements dont 62 cas de rupture utérine.

La fréquence de la rupture utérine est de 1,3 %, les grandes multipares sont les plus affectées, la désunion de cicatrice de césarienne, la dystocie mécanique et l'usage abusif des ocytociques sont les principales causes de cette complication de l'accouchement. L'hystérorraphie a été pratiquée dans 59 % des cas.

Les suites opératoires ont été simples dans 91,9 % des cas. Les létalités maternelle et fœtale sont respectivement de 8,1 % et de 87,1 %.

La rupture utérine est une urgence chirurgicale. L'hystérorraphie donne de bons résultats thérapeutiques chaque fois qu'il s'agisse de rupture aux bords nets sans signe de nécrose, par contre l'hystérectomie s'impose quand les lésions sont étendues et qu'une nécrose est présente.

Mots clés : *Rupture utérine, causes, pronostic materno-fœtal.*

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure