

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....

Première partie: REVUES ET DOCUMENTAIRES

I RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE DE L'UTERUS GRAVIDE.....	
1-Rappel sur l'utérus à l'état de vacuité.....	
2-Anatomie macroscopique de l'utérus gravide.....	
2-1 Le corps utérin.....	
2-2 Le segment inférieur.....	
...	
2-3 Le col.....	
3 -Structure de l'utérus gravide.....	
3-1 La séreuse péritonéale.....	3-2 Le fascia pré segmentaire.....
3-3 Le myomètre.....	4 La muqueuse.....
L'accouplement.....	II MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT.....
Le début du travail.....	
2- Effacement et dilatation cervicale.....	
3- Engagement et descente de la présentation.....	
L'expulsion.....	
5- Délivrance.....	
III GENERALITE SUR LA RUPTURE UTERINE.....	
1- Définition.....	
2- La fréquence.....	
3- Historique.....	
4- Anatomie pathologique.....	
4-1 La rupture primitive.....	
4-2 -La rupture secondaire.....	
4-3 La rupture compliquée.....	
5- Etiologies.....	

5-1 La rupture spontanée.....	
5-1-1 les causes maternelles.....	
5-1-2 les causes fœtales.....	
5-2 la rupture provoquée.....	
5-2-1 le manœuvre obstétricale.....	
5-2-2 Les substances accélèrent le travail.....	es
signes cliniques.....	
6-1 La rupture spontanée.....	
6-1-1 La phase de pré rupture.....	
6-1-2 La phase de rupture.....	
6-2 La rupture provoquée.....	
7- Les formes cliniques.....	
7-1 Au cours de la grossesse.....	
7-2 Au cours du travail.....	
8- Les diagnostics.....	
8-1 Le diagnostic positif.....	
8-2 Les diagnostics différentiels.....	
8-2-1 L'hématome rétro placentaire.....	
8-2-2 Le placenta praevia.....	
9- Evolution et pronostic.....	
9-1 Evolution sans traitement.....	
9-2 Evolution avec traitement.....	
10-Les traitements.....	10-1 Les
traitements prophylactiques	
10-2 Les traitements curatifs	

Deuxième partie ETUDE PROPREMENT DITE

I-OBJECTIF.....	
II- CADRE DE L'ETUDE.....	
Presentation.....	
2-Les Unités des Services.....	
III –METHODOLOGIE.....	

IV- RESULTATS.....	.....
1-Fréquence.....	.....
2-Les caractéristiques maternelles.....	.....
2-1 L'âge.....	.....
2-2 La gestite.....	.....
2-3 La parité.....	.....
2-4 La profession.....	.....
2-5 Le statut matrimonial .....	.....
2-6 Le mode d'admission.....	.....
2-7 Les consultations prénatales.....	.....
2-8 Les antécédents gynéco obstétricaux.....	.....
2-9 Evolution et geste thérapeutique.....	.....
2-10 Les modalités des intervention.....	.....
2-11 Le pronostic maternel.....	.....
2-11-1 La morbidité post opératoire.....	.....
2-11-2 La durée de séjour hospitalier.....	.....
2-11-3 La mortalité materne.....	.....
3 - Les caractéristiques fœtales.....	.....
3-1 Le sexe des bébés.....	.....
3-2 Le poids à la naissance.....	.....
3-3 L'indice d'APGAR.....	.....
3-4 La mortalité fœtale.....	.....
Troisième Partie COMMENTAIRES DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS- COMMENTAIRES DISCUSSIONS.....	.....
1-La fréquence.....	.....
2-Les caractéristiques maternelles.....	.....
2-1 L'Age.....	.....
2-2 La gestité et la parité .....	.....
2-3 La profession.....	.....
2-4 Le statut matrimonial.....	.....
2-5 Le mode admission .....	.....

2-6	Les antécédents gynéco obstétricaux.....	
2-7	Le geste thérapeutique.....	
2-8	La méthode opératoire.....	
2-9	Le pronostic maternel.....	
3-	Les caractéristiques fœtales.....	
3-1	Le sexe des bébés.....	la naissance.....
		Le pronostic fœtal.....
	SUGGESTIONS.....	
	surveillance de la grossesse et de l'accouchement.....	
	
1 -1	La CPN.....	
1 –2	La surveillance du travail et de l'accouchement.....	
	...	
2-	Recyclage et formations du personnel de santé.....	
3-	La contraception.....	
4-	L'éducation pour la santé.....	
5-	Améliorations des infrastructures sanitaire et routière.....	
	
6-	La lutte contre l'analphabétisme.....	

CONCLUSION.....

1

LISTES DES TABLEAUX

N° des tableaux	TITRE DES TABLEAUX	Pages
1	Répartition selon la fréquence mensuelle de la rupture utérine	26
2	Répartition selon l'âge des patientes	28
3	Répartition selon la gestité des patientes	29
4	Répartition selon la parité des patientes	30
5	Répartition selon la profession des patientes	31
6	Répartition selon le statut matrimonial des patientes	32
7	Répartition selon le mode d'admission	33
8	Répartition selon les suivis de la CPN	34
9	Répartition selon les antécédents Gynéco obstétricaux	35
10	Répartition selon le geste thérapeutique	36
11	Répartition selon la modalité d'intervention	37
12	Répartition selon la morbidité post opératoire	38
13	Répartition selon les séjours hospitaliers	39
14	Répartition selon le sexe des bébés	40
15	Répartition selon le poids à la naissance	41
16	Répartition selon l'indice d'APGAR	42

LISTE DES FIGURES

N° des Figures	TITRE DES FIGURES	Pages
1	La fréquence mensuelle de la rupture utérine	27
2	L'âge des patientes	28
3	La gestité des patientes	29
4	La parité des patientes	30
5	La profession des patientes	31
6	Le statut matrimonial des patientes	32
7	Le mode d'admission	33
8	Les suivis de la CPN	34
9	Les antécédents Gynéco obstétricaux	35
10	Le geste thérapeutique	36
11	La modalité d'intervention	37
12	La morbidité post opératoire	38
13	Les séjours hospitaliers	39
14	Le sexe des bébés	40
15	Le poids à la naissance	41
16	L'indice d'APGAR	42
17	La mortalité fœtale	43

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est un événement universellement célébré, une occasion de danser, d'offrir des fleurs et des cadeaux.

Pourtant, chaque année des milliers des femmes ne ressentent pas l'événement joyeux comme il devrait l'être, mais plutôt comme une hantise dont l'issue pourrait être fatale due aux complications de la grossesse et de l'accouchement dont la rupture utérine est l'une des causes.

La rupture utérine n'est autre que la solution de continuité non chirurgicale de l'utérus résultat de la complication de la grossesse et de l'accouchement.

En effet, dans les pays en développement, plusieurs facteurs entrent en interaction dans la genèse de la rupture utérine, mais chez nous elle reste comme un problème de santé publique.

A travers cette étude, nous essayons de montrer l'Aspect épidémiologique de la rupture utérine au CHUA Maternité de Befelatanana durant l'année 2001, quelques stratégies de santé seront suggérées en vue d'une Maternité sans risque.

Notre travail se divise en trois parties :

- la première partie est réservée à la revue et documentaire
- la deuxième partie concerne l'étude proprement dite
- la troisième partie est axée sur les commentaires, discussions et suggestions
- une conclusion générale dernière l'étude

REVUE ET DOCUMENTAIRE

I-RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOSIQUES DE L'UTERUS GRAVIDE

1 .Rappel sur utérus à l'état de vacuité (1) (2)

L'utérus à l'état de vacuité est situé entre le vessie et rectum. Il occupe la région médiane du ligament large au dessus du vagin. C'est un muscle creux en forme de poire aplatie situé dans le petit bassin mesurant 7cm de long, 3cm de large, 3cm d'épaisseur .Sa muqueuse subit des modifications cycliques au cours du cycle menstruel. Son rôle est de recueillir l'ovule fécondé et d'assurer son développement jusqu'à terme.

2. Anatomie macroscopique de l'utérus gravide (1)

Il est formé de trois parties :

- Le corps utérine.
- Le segment inférieur
- Le col utérin

2-1 Le corps utérin

C'est l'organe de gestation. Il est caractérisé par sa richesse musculaire. Il subit des nombreuses transformations, à la fin de la grossesse il mesure 37cm de long 23 cm de large et de 5 à 10cm d'épaisseur.

Sa situation varie suivant l'age de la grossesse. Ainsi au cours des deux premiers mois il reste pelvien, au troisième mois il devient abdominal et palpable.

et à terme il devient abdomino-thoracique, il est en rapport

- En avant avec la paroi abdominale dans sa partie supérieure et avec la vessie dans sa partie inférieure
- En arrière avec la colonne vertébrale jusqu'à la hauteur de la troisième vertèbre lombaire, la veine cave inférieure, l'aorte, les muscles psoas et une partie des anses grèles
- En haut avec le colon transversal, le fausse cote, le bord inférieur du foie et la vésicule biliaire

- Son bord droit répond au cæcum et le colon ascendant.
- Son bord gauche, à une partie des anses grêle et au colon descendant.

2-2. Le segment inférieur

C'est la zone basse amincie peu vascularisée de l'utérus gravide à terme il est situé entre le corps et le col utérin.

Dès ce fait, il constitue la zone dangereuse dans la rupture utérine et le placenta praevia , mais également la zone de choix dans les opérations césariennes segmentaires .

Sa limite correspond à l'orifice interne du col, et sa limite supérieure au changement d'épaisseur de la proie

Il mesure 7 à 10cm de long , 9 à 12cm de large, 3 à 5cm d'épaisseur.

Sa minceur est un bon pronostic de l'accouchement eutocique.

Son origine se fait au dépend de l'isthme de la partie supérieure du col vers le troisième ou cinquième mois de façon continue et disparaître avec la grossesse.

2-3. Le col

C'est l'organe de parturition (1).Il ne subit de changement qu'au cours du travail.

Sous l'effet de la contraction utérine il s'efface progressivement et puis se dilate au cours de travail.

Le col est mou comme la lèvre au cours des quelque semaines de la grossesse(TARNER), et devient très mou dans les derniers semaines de la grossesse.

3.Structure de l'utérus gravide

3-1 La séreuse péritonéale

Elle recouvre l'utérus et descend jusqu'au niveau du corps par contre elle est facilement décollable à la face antérieure du segment inférieur.

Elle s'hypertrrophie parallèlement au développement du muscle utérin s'cdémateux lors que le travail prolonge anormalement.

3-2. Le fascia pré-segmentaire

C'est une lame fibreuse, solide, d'aspect nacré ,bien apparente sous le péritoine solidaire au myosite.

3-3.Le myosite

Il est formé par :

- Du tissu conjonctif au niveau du col utérin 92% du constituant 40à50% au niveau du corps, moins dense au niveau du segment inférieur.
- Du tissu musculaire qui- s'organise en :

-couche sous séreuse mince, sous péritonéal formé, des faisceaux longitudinaux, sur la ligne médiane (faisceau de GALZA) et oblique latéralement

-couche supra vasculaire formé de fibre transversal.

-couche vasculaire

-couche sous muqueuse

Au niveau du segment inférieur, la couche sous séreuse est pratiquement inexistant

3-4 La muqueuse

a-Au niveau du corps :

Au moment de la nidation la muqueuse s'hypertrophie et devient hyper sécrétant et prend le nom de caduque. On distingue :

La caduque utérine ou vrais qui est la partie de la muqueuse dans laquelle l'œuf n'est pas logé.

La caduque ovulaire ou réfléchie recouvrant l'œuf et la sépare de cavité utérine.

La caduque utero placentaire ou basale située entre le pole profond de l'œuf et du muscle utérin.

b-Au niveau du segment inférieur :

La muqueuse est moins épaisse et moins différencier que celle du corps utérin.

c-Au niveau du col :

La muqueuse ne subit pas de transformation déciduale, mais présente une hyper vascularisation

Les glandes de la muqueuse cervicale se prolifèrent et sécrètent abondamment des mucus réalisant le bouchon muqueux dont la chute au terme de la grossesse annonce la proximité du travail.

II – MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT

Ce sont l'ensemble de différents mécanismes pour expulser le fœtus de l'utérus vers le milieu extérieur en prenant la première vie ou la naissance.

Il comprend plusieurs étapes :

- le début du travail
- l'effacement et dilatation cervicale
- la descente et engagement de la présentation
- le dégagement de présentation et expulsion
- la délivrance

1. Le début du travail(3)

Il est défini par l'association des deux phénomènes :

- La survenue des contractions utérines qui sont involontaires, totales, de rythme régulier progressivement croissante et douloureuse
- La modification cervicale caractérisée par le ramollissement, le raccourcissement et le début de dilatation du col.
- Ils peuvent présenter des autres phénomènes qui sont marqués le début du travail tels que la perte de bouchon muqueux marqué par de leucorrhée glaireuse épaisse teinté de sang, la rupture de poche des eaux très marqué par la patiente elle-même cette phénomène est peu important

2. Effacement et dilatation cervicale

Sous l'effet de la contraction utérine qui s'intensifie d'intensité et de sa fréquence le col va progressivement se raccourcir puis s'efface et se dilate de 1cm à 10cm (ou dilatation complète)

La durée moyenne de dilatation est de 5 à 10 heures chez la primipare, et de 3 à 6 heures chez la multipare.

3. Engagement et descente de la présentation

La présentation initiale haute et mobile progressivement descend vers le plan du détroit supérieur puis se fixée et en fin s'engage dans la filière génitale.

On-dit que la présentation est engagée lors que son plus grand diamètre franchit le plan du détroit supérieur.

Le diagnostic repose sur le signe de FARABEUF : Au toucher vaginal, les doigts toucheurs vers le promontoire sont arrêtés par la présentation

La descente vers l'excavation pelvienne accompagnée d'une rotation amenant la présentation dans l'axe sagittale. La présentation va suivre la courbure sacrée

4. L'expulsion

Elle débute lors que la présentation sera à la partie basse reposant sur le périnée. Elle nécessite la participation active et cordonnée de la femme.

A chaque contraction les efforts expulsifs sont guidés par la Sage femme ou l'Obstétricien lors que la dilatation est complète.

La tête se progresse en distendant le plancher pélvi-périnéal se défléchie au tour d'un axe horizontal sous symphysaire et commence à s'extérioriser à la vulve. L'occiput est orienté vers l'avant, s'accroche sous la symphyse ,le front refoule le coccyx vers l'arrière .

La tête très fléchie va défléchir et traverse l'orifice pubio-périnéale.

Une fois la tête dégagée le tronc du fœtus est expulsé le diamètre bi acromial se place dans le diamètre antero-postérieur , l'épaule antérieur apparaît sous le pubis et l'épaule postérieur sort à son tour.

5. La délivrance

C'est la décollement puis expulsion du placenta et du membrane. Le décollement survient à peu près trente minutes au maximum. Il y a apparition de contraction utérine avec des métrorragies et déroulement de cordon à la vulve.

L'expulsion se fait par simple expression utérine douce en maintenant le col

III -GENERALITE SUR LA RUPTURE UTERINE

1. Définition

On entend par « la rupture utérine » toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus. Mais en pratique à l'exclu de la lésion qui n'intéresse que le col décrit sous le nom de déchirure du col et la lésion consécutive à une manœuvre abortive ou une curetage lieu avec l'avortement sous le nom de perforation utérine(4)

On entend par « la rupture utérine » la déchirure qui s'intéresse le cors ou le segment inférieur de l'utérus au cours de la grossesse ou du travail ; Et qui ne résulte ni de plaie pénétrante de l'abdomen ni de perforation à l'occasion de l'avortement (5),(6). La rupture utérine provoque la mort fœtale et une hémorragie interne chez la mère.(7)

Après 24 heures l'infection débute et risque d'évolution rapidement vers un état de septicémie foudroyante.

2. La fréquence

La fréquence de la rupture utérine varie d'un pays à l'autre. Car il existe de corrélation entre la genèse de la rupture utérine et le niveau socio-économique En effet dans les pays développés la rupture utérine est devenue moins fréquente et moins grave(7) Selon la littérature leur fréquence varie de 1 sur 1500 à 1 sur 6000 accouchements(8)

Par contre dans le pays en développement cette fréquence est difficile à chiffrer à cause de nombreux accouchement à domicile.

Néanmoins, on s'accorde à dire que la rupture utérine est relativement fréquent. Certains auteurs chiffrent leur fréquence de 1 sur 100 à 1 sur 1000 accouchements

3. Historique

La rupture utérine est connue depuis très long temps. C'est BENIEVENIUS Marcel DONATUS et FABRICE de HILDAN que nous devons la première description de la rupture de l'utérus (Fin du XV ième siècle)

En 1621 GUILLEMEAU, élève d'AMBROISE PARE démontre que « la rupture du matrice » peut causer la mort du parturiante

Selon LEVRET le diagnostic doit être précoce car selon lui : « la mère et l'enfant sont perdues sa ressource quand la matrice déchirure avant l'accouchement » il n'y aurait pas de sauver l'un et l'autre que la section de l'abdomen pratique sur champs mais quel serait l'accoucheur assez décidé pour le faire assez promptement et quels parents auraient assez fermeté pour permettre qu'on y précède sans délai.

Pour MICHAELIS en 1851, les principales causes de la rupture utérine sont la disproportion entre la tête fœtale et le bassin, ainsi que la présentation transversale.

En 1975 BANDL FROMMEL attribue à l'utérus deux parties :

- L'une supérieur « le corps » vrai moteur de contraction.
- L'autre inférieur élément passif qui en s'étirant au fur et à mesure des contractions se trouve épuisé, aminci, condition idéale pour la rupture utérine.

Les autres causes éventuelles de la rupture n'ont été étudiées qu'à la fin du XIXème siècle et au début du XXème siècle

En effet, les lésions traumatiques de l'utérus à l'état de vacuité sont exceptionnelles et se rencontrent souvent au cours d'une traumatisation par voie abdominale.

Par contre, les plaies de l'utérus gravide s'observent plus fréquemment et surtout à partir du troisième mois.

4. Anatomie pathologie(9), (10)

En générale la rupture siège au niveau du segment inférieur (sans tenir compte de la présence d'une cicatrice corporelle) D'après MERGER »La rupture utérine et la rupture du segment inférieur sont synonyme »

Son aspect varie selon sa direction, son étendue, son étiologie et le degré de dégât au niveau du tunique atteint.

La rupture peut être primitive, secondaire ,compliquée et qui peut partiel ou complète.

4.1.Rupture primitive

Elle est toujours complète, c'est à dire intéresse les trois tuniques de l'utérus à savoir la muqueuse, la muscleuse et la séreuse

Sa direction est variable(en absence de la cicatrisation opératoire) peut être oblique en « L » et intéresse surtout le bord gauche. A noter que la localisation droit est très rare.

D'étendue variable intéresse la totalité de la hauteur du segment inférieur mais n'intéresse jamais le col sauf si elle a débuté au niveau du col ainsi la rupture est cérvico- segmentaire.

Les bords sont irréguliers, s'effilochés, dilacérés quelques fois intéressent l'artère utérine

Il se peut que le péritoine et la séreuse restent intacts.

4.2.Rupture secondaire

Elle est souvent incomplète mais peut être aussi complète. La forme la plus fréquente est la désunion de cicatrice de césarienne.

La-rupture se voit au niveau de l'incision opératoire sur le corps utérin et est le plus souvent transversal et total, intéressant tout le longueur de l'ancienne incision Les bords sont plus nets.

4.3 Rupture compliquée

Elle s'étend souvent à la paroi vaginale rarement à la vessie et presque jamais au rectum.

Le fœtus peut passer seul dans la cavité abdominale, mais peut être vu avec le placenta. Les lésions sont vastes et dépassent souvent la norme obstétricale, l'atteinte du pédicule constitue l'accident le plus grave.

Les grandes hémorragies sont par contre rares car l'artère arrachée s'obture spontanément, mais les saignements du sinus veineux peuvent réaliser de gros hématomes qui peuvent remonter jusqu'au voisinage du rein.

5. Etiologie (10)(11)(12)(13)

5.1. Ruptures spontanées

Les causes peuvent être évidentes. On n'observe ni cicatrice ni anomalie obstétricale. Elles peuvent s'observer chez le jeune primipare.

5.1.1.Les causes maternelles

a-Multiparité

Les multipares sont sujettes à de rupture utérine au cours d'un travail aisé. L'explication reste variable, selon les histologues certains évoquent des lésions d'athérome et de sclérose d'autres évoquent les modifications du tissu inter fasciculaire qui développent après chaque grossesse et généralement la notion de micro rupture musculaire(11).

b- L'existence de cicatrice utérine (ou fragilisation de paroi utérine)

Chez une femme ayant subi une césarienne avec notion de désunion de la cicatrice ou de myomectomie.

Chez une femme traitée par hysteroscopie opératoire qui peut entraîner une fragilisation de la paroi utérine et doit être considérée comme cicatriciel(10)

c- L'obstacle praevia en cas de tumeur praevia ou obstacle osseux, la rupture s'observe au cours du travail.(38)

d- L'anomalie de l'utérus polymorphe :

- La malformation utérine qui obligé l'interruption précoce de la grossesse pour minimiser la rupture utérine
- Utérus diverticulose souvent cicatriciel parfois de diverticule congénital.
- Endométriose en rapport avec le volume d'un nodule endométrial.

e- manœuvres abortives et curetage une perforation peut passer inaperçue laissant un point faible sur l'utérus.

f-Surdistension utérine favorisée par un hydramnios, une grossesse gémellaire ou grossesse multiple qui sont souvent associés en pratique à un utérus cicatriciel.

5.1.2. Les causes fœtales

Il s'agit d'une dystocie méconnue ou négligée expliquant un travail prolongé. On distingue :

- Le dystocie dynamique par anomalie de la contraction utérine ou par anomalie de la dilatation du col.
- Le dystocie osseuse à cause de la modification du bassin.
- La dystocie d'origine fœtale telle que l'excès de volume fœtale, l'excès localisé (hydramnios) la présentation anormale (transversale)

5-2. Les ruptures provoquées

5-2.1.Les manœuvres obstétricales

a- Version par manœuvre interne (VMI)

Elle est néfaste et cause de la rupture utérine s'il existe des erreurs des indications ou des erreurs techniques :

erreurs des indications si :

- la membrane est rompu
- la dilatation est incomplète
- l'utérus est tendue, hypertonique avec fœtus mobilisable
- la présentation est engagée
- le bassin est anormal

- le fœtus est mort
- Erreurs techniques

Si l'exécution de l'opération se fait en dehors du milieu hospitalier. Ce qui implique un manque d'asepsie et peut déterminer les troubles des contractions utérine

Certaines expressions abdominales effectuées sur une utérus cicatriciel ou fragilisés ou en cas de dystocie peuvent engendrer une rupture.

b-Les interventions instrumentales

Les dégâts produit par l'utilisation de forceps ou de ventouse peuvent survenir et constituent une faute grave par le manipulateur d'où la nécessité de bien connaître toutes les conditions à réunir avant leur utilisation.

En outre l'embryotomie mal exécutée et faite par voie basse par un gynécologue incomptént est également une cause.

c-Les substances pour accélérer l'expulsion du fœtus :

L'emploi abusif et mal contrôlé des ocytocines est souvent la cause de la rupture d'un utérus fragile, mais ces opérations sont aujourd'hui raréfierées.

Par contre les « TAMBAVY » (infusion ou décoction obtenue à partir des plantes traditionnelles) restent encore un moyen traditionnel pour accélérer l'expulsion du fœtus pourtant, il entraînent une contraction utérine non corrigible par les antispasmodiques et exposent à la rupture utérine.

6- les signes cliniques(10)(11)(12)(13)(14)(15)(16)

6.1 . La rupture spontanée

L'installation des signes cliniques se fait en deux temps évolutifs qui seront précédés des certains prodromes. La femme est agitée, angoissée , l'accouchement traîne dans le temps .Les contractions utérines deviennent de plus en plus rapprochées avec un mauvais relâchement de l'utérus réalisant ainsi la tétanisation de l'utérus puis installation progressive de la phase de pré-rupture.

6.1.1. Le phase de pré-rupture

Elle est caractérisée par l'accentuation de la rétraction utérine. L'utérus devient en sablier ou en bissac séparé par un anneau en séparant le corps utérin et le segment inférieur. Puis le segment inférieur s'allonge s'amincit et se fragilise ; c'est le signe de BANDL FROMMEL qui s'accompagne d'un tension des ligaments ronds.

Ils sont marqués par les signes classiques évident :

- Agitation de femme
- Douleur abdominale en cou de poignard irradiée vers les lombes et/ou vers les membres inférieurs.
- De soif intense
- A la palpation on aperçue l'utérus en bissac.
- Le bruit de cœur fœtal disparaît à l'auscultation.

6.1.2. La phase de rupture

La patiente a une sensation d'eau chaude s'écoulant dans le ventre qui survient brutalement. Les douleurs s'apaisent et un état de bien être apparent peut survenir. C'est que la femme a accouché seulement, elle a accouchée dans son ventre. Le fœtus est expulsé en dehors de l'utérus.

Puis un état de choc s'installe très rapidement, caractérisé par :

- Sueurs profuses
- Lipothymie
- Faciès pâlit
- Nez pincé
- Pouls petit et filant
- Chute de la tension artérielle
- Extrémités moites et froides

L'examen physique de l'abdomen montre :

A l'inspection :

- Si le fœtus reste dans l'utérus , le ventre conserve sa forme .
- Si le fœtus est expulsé, le ventre perd sa forme saillie oblongue pour prendre de contour irrégulier.

A la palpation :

Une hyperesthésie cutanée

Si le fœtus est expulsé hors de l'utérus, On distingue deux masses :

Une de volume plus grande sous la peau, mobile qui est le fœtus.

L'autre de volume plus petit latéralisé, c'est l'utérus

A l'auscultation :

Absence de bruit de cœur fœtal.

Au toucher vaginal

La présentation a disparu, les doigts peuvent explorer la brèche utérine, ramènent de sang noirâtre comparable au « jus de réglisse » selon TARNIER.

6.2 . La rupture provoquée

Les prodromes sont absents car elle se constitue au moment de l'intervention causale de l'accident.

La femme est en générale endormie, ce qui explique que à part de la chute de la tension artérielle, les signes cliniques manquent

Ainsi est-il toujours nécessaire au cours de chaque intervention obstétricale de faire une révision utérine et de surveillance de la tension artérielle.

7. Les formes cliniques

7.1.Au cours de la grossesse

a- Forme aiguë

La rupture utérine au cours de la grossesse est rare et survient sur un utérus fragile ou cicatriciel. En règle, elle survient au troisième trimestre de la grossesse.

Certains auteurs publient le cas de rupture utérine par le placenta accrétion à la vingt deuxième semaine d'aménorrhée et qui est lié à l'enfoncement profond du placenta. (17)

Ainsi, il y a apparition d'une façon progressive des douleurs lombaires avec contraction utérine de petite métrorragie. Puis quelques jours après la survenue d'une tableau d'hémorragie interne aiguë, abdominale, un état de choc et collapsus cardio-vasculaire et disparition de bruit de cœur fœtal

b- La forme progressive

C'est l'apanage d'une cicatrice de césarienne qui évolue vers la rupture partielle vers la déhiscence localisée.

Elle s'observe surtout dans le mécanisme segmento-corporéal et se traduit par de crise douloureuse révolutionne évoquant une appendicite, une cystalgie ou pyélonéphrite . Ce syndrome n'a rien évocateur, mais attiré l'attention quand il s'accompagne de perte de sang de faible abondance et de douleur provoquée par la palpation de la cicatrice abdominale et douleur qui est aggravé par la mobilisation de l'utérus.

Son évolution peut évoluer vers la rupture aiguë.

7.2. Au cours du travail

a- Après l'utilisation d'ocytocique et TAMBAVY ou option traditionnelle(13)

On assiste à une contraction permanente, une hypertonie avec tétanisation de l'utérus qui est non corrigible par les antispasmodiques.

Le diagnostic est posé devant :

- un travail douloureux et allongé
- une piquée pour accoucher
- une disparition de douleur et une sensation de bien être
- une disparition de bruit de cœur foetal

b-Rupture de la cicatrice de l'intervention antérieure(14)(15)

Le cicatrisation de césarienne corporal peut se désunir pendant la grossesse, alors que la fréquence de déhiscence de cicatrice est faible.

Les cicatrices de myomectomie par contre ne sont fragiles que si elles sont multiples.

Le syndrome de pré rupture est décrit par CHASTRUSSE est comprend :

- une travaille hyper algique avec une douleur continue du segment inférieure.
- une dystocie de dilatation.
- de perte de sang minime.

Le césarienne corporal se rompe de façon asymptomatique d'après certains auteurs; c'est à dire sans préliminaire et souvent sans hémorragie sans douleur ,sans signe de choc . On observe brutalement la masse fœtale sous la peau avec disparition de bruit de cœur fœtal à l'auscultation

c-Après hysteroscopie opératoire

La rupture au cours de l'accouchement après hystérotomie opératoire est encore rare mais à craindre. La contraction et les efforts expulsives sont les facteurs majeurs déterminants. Le travail se déroule d'une façon spontanée et rapide.

La rupture survient lors de le première effort expulsif avec bradycardie du fœtus et son passage dans l'abdomen. Ce qui nécessite une intervention chirurgicale immédiate. Dans certain cas, elle se manifeste en quelques heures après l'accouchement normale et se traduit par une saignement supérieur à la normale. ; la découverte est faite à la révision utérine.

d-Rupture sur présentation de l'épaule C'est l'apanage de « l'épaule négligée », aucune signe particulier ne permet de soupçonner, si ce n'est que l'apparition rapide de la péritonite.

e-Rupture de découverte tardive :

Elle se voit à la suite d'un accouchement après un travail prolongé ou mal surveillé.

8 -Le Diagnostic

Le diagnostic positif est parfois difficile à cause de son variété et son étendu de la rupture.

8.1 Le diagnostic positif

Il repose sur le ou les signe(s) suivants :

- La perception du fœtus sous la peau et l'utérus à côté comme un second masse.
- La présence d'un syndrome douloureux.
- Les signes de l'hémorragie interne.

- L'absence de bruit de cœur fœtal

Pour rattacher l'origine à une rupture utérine, il faut chercher une douleur à la palpation du segment inférieur, une hémorragie même minime . On insistera surtout sur le contexte étiologique en cherchant une notion de dystocie, une notion de cicatrice et la notion d'abus du TAMBAYou prise d'ocytocine

8 .2 *Les diagnostics différentiels*

L'absence des contextes étiologiques de la rupture utérine évoque à un autre diagnostic et on éliminera surtout les deux grands diagnostics :

a- *L'hématome retro placentaire*

Le signe de choc, les signes généraux , la perte minime de sang noir peuvent dérouter le Médecin mais l'examen minutieux de l'utérus ont permet le diagnostic. Ainsi l'utérus reste régulier de dureté ligneuse et à augmenter de volume

b- *Le placenta praevia*

Les signes sont plutôt ceux de l'anémie aiguë et de collapsus vasculaire. Le fœtus reste toujours dans l'utérus.

9. Evolution et pronostic

9 1. Pour la mère

La rupture utérine comporte une énorme gravité. Pareille dans nos jours ne se rencontre plus que dans certaine condition de lieu.

9.1.1 *Evolution sans traitement*

Le pronostic maternel est sombre la femme meurt d'une hémorragie et de l'état de choc qui surviennent quelques heures après la rupture.

9-1.2 *Evolution avec traitement*

Après la réanimation hydro-électrolytique satisfaisante et l'opération césarienne en urgence améliorent le pronostic maternel, mais parfois on voit des complications post opératoires telles que :

- Infection post partum
- Infection urinaire
- Rupture par lâchage des sutures
- Choc (25)

D'où les paramètres de surveillance de la diurèse, la température la tension artérielle, la plaie opératoire.

9.2 Pour le fœtus

Le pronostic fœtal est très mauvais en cas de rupture spontanée, le fœtus meurt pendant la période de rétraction ou après la rupture.

En cas de la rupture révélée au cours de la période de la délivrance mais parfois le fœtus peut être vivant.

10 Le traitement(10)((21)(22)(23)(24)

10.1. Le traitement prophylactique

La prophylaxie repose sur la lutte contre la dystocie et le surveillance de l'utérus cicatriciel. Cette prophylaxie concerne également les femmes ayant subi une hysteroscopie opératoire.

a- Lutte contre la dystocie (22)

Le dépistage des obstacles à l'accouchement se fait au cours de la consultation pré-natale.

Il faut faire une interrogation minutieuse sur le déroulement de l'accouchement antérieur, le poids de l'enfant à la naissance et sa vitalité. Un examen du bassin est obligatoire au cours du dernier mois de la grossesse.

Une radiopelvimétrie pour évaluer le bassin nécessaire.

Une examen radiologie se justifie pour la disproportion foeto-pelvienne qui passe souvent inaperçue.

b- Après une hysteroscopie opératoire (10)

La femme ayant subit de hysteroscopie opératoire doit être considérée durant toute la grossesse comme à haut risque.

L'accouchement doit être pratiquer dans le centre adapté.

Il ne faut pas hésiter à pratiquer une césarienne dès que la condition ne sont pas idéales ou dès qu'il y a eu de perforation lors de l'hysteroscopie.

c- En présence d'un utérus cicatriciel (21)(23)

Il faudrait apprécier la valeur de la cicatrice et certains paramètres suivants :

- le type et les nombres des cicatrices antérieures.
- les intervention associées
- l'indication de la première césarienne
- La suite opératoire
- la morphologie utérine
- En cas de cicatrice césarienne corporelle, le risque de rupture est éviter par l'extraction au cours de trois semaines avant le terme prévu, il ne faut cependant faire courir au fœtus le risque exagérer de prématuré

Dans tout le cas où l'on accepte le travail la surveillance de la femme porteuse d'une cicatrice doit être rigoureuse.

10.2. Les traitements curatifs

Toute rupture utérine connue doit être opérée (MERGER), mais le traitement chirurgical à lui seul ne suffit pas. Une réanimation pré- pers-post opératoire est toujours nécessaire

a-Traitemennt de choc

Il doit être entrepris dès que le diagnostic de rupture est posé, la stabilisation des paramètres vitaux par une réanimation précoce et bien menée garantit la réussite du traitement .

Ce traitement comprend la correction du choc et la transfusion sanguine.

Tout transport, toute manipulation aggravent le choc

b-Traitemennt chirurgical

Le traitement sera en fonction de type, de siège, de l'ancienneté de lésion, de l'âge et de la parité de la femme et de les désir d'avoir ou non des autres enfants.

Ce traitement comprend deux types d'opération :

b-1 .Suture simple :

C'est une opération conservatrice, elle permet de conserver sa menstruation et sa fonction reproductive

Son indication se fera surtout chez la primipare ou paupière en cas de rupture partielle ou de désunion sans expulsion fœtal, en cas de rupture siégeant sur le segment inférieur peu étendue et régulière.

Dans tout le cas, il faut tenir compte de l'âge de la femme du nombre de la grossesse antérieur, de l'état général à l'entre , du temps depuis la rupture et la prise en charge et de la potentielle de l'infection.

b-2.L 'hystérectomie

Elle est indiquée :

- En cas de rupture importante, contuse, irrégulier, étendue, multidirectionnel.
- chez une multipare relativement âgée
- En cas de rupture associée ou compliquée de lésion de voisinage, lésion pédiculaire, de lésion viscérale ,vasculaire ,vésicale ,urétrale
- Rupture utérine minime daté plus de six heures
- Quand le tissus utérin est infiltré d'œdème ou infarci ou infecté du fait du mort fœtal ou l'infection amniotique.

L'hystérectomie peut être totale ou subtotal selon l'importance de la lésion.

On fera une toilette abdominale suivi de la mise en place d'une drainage en cas de délabrement important ou d'hématome de ligament large. On doit faire une antibiothérapie en associant la tri thérapie tel que l'utilisation d'AMPICILLINE, GENTAMICINE ,FLAGYL.

ETUDE PROPREMENT DITE

I-OBJECTIFS

La rupture utérine est une cause de la mortalité maternelle due à la complication de la grossesse et de l'accouchement et actuellement chez nous reste comme problème de la santé publique.

Notre étude a pour objectifs :

- évaluer la fréquence durant l'année 2001
- déterminer les différents facteurs favorisants de la rupture utérine
- connaître les complications possibles
- évaluer les pronostics fœto-maternels
- donné quelques suggestions pour diminuer cette fréquence

L'objectif spécifique est de déterminer les facteurs épidémiologiques de la rupture utérine avec pour but de diminuer la fréquence de la rupture utérine.

II- CADRE DE L'ÉTUDE

1- Présentation

Notre étude concerne l'étude épidémiologique de la rupture utérine au CHU Maternité de BEFELATANANA durant l'Année 2001 ; celle ici a été créée en 1957.

La Maternité de Befelatanana se trouve en pleine ville d'Antananarivo qui est la capitale de Madagascar. En effet, c'est une centre de référence en Gynécologie et obstétrique car outre les patientes entrantes directes, elle reçoit aussi les évacuations sanitaires en provenance des districts sanitaires périphériques ,et des autres provinces.

Reconnue au niveau international particulièrement en Afrique, la Maternité de Befelatanana attire notre attention car à son niveau peut refléter le cas des pays africains et en voie de développement.

2-Les Unités de Service

Au sein du CHUA Maternité de Befelatanana, on peut distinguer 7 unités des services qui essaient de satisfaire les besoins des parturientes en matière de Gynécologie et en Obstétrique. :

- l'Unité Technique
- l'Unité de Physiologie Obstétricale

- l'Unité de Pathologie Obstétricale
- l'Unité de Gynécologie et de Réanimation
- l'Unité de Soins externes
- l'Unité de Néonatalogie
- Centre de santé de la reproduction

2.1. L'Unité Technique

Elle comprend

2 salles d'accouchement

2 blocs opératoires

Une salle d'exploration fonctionnelle

L'unité Technique est le centre de moteur de la Maternité car elle occupe :

- des accouchements eutociques et dystociques nécessitent des manœuvres instrumentales(vacuum extractif, forceps, spatules de THIERRY)
- des interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales
- de l'utilisation de l'échographie

2.2. L'Unité de physiologie obstétricale

Elle possède aux premier et deuxième étage 2 salles d'hospitalisation. Elle occupe des femmes nécessitant une préparation particulière avant l'accouchement. Elle reçoit également les femmes à une suite de couche ou de naissance normale.

2.3 L'Unité de Pathologie obstétricale

Elle se trouve au troisième étage. Elle occupe des grossesses pathologiques. Elle reçoit également les suites de couches et de naissance dites pathologiques (accouchement prématuré, suites des avortements, retard de croissance intra-utérin)

L'unité de pathologie obstétricale avec l'unité de physiologie obstétricale reçoivent les opérées après leur séjour en réanimation.

2.4. L'Unité de Gynécologie et de réanimation

Elle comprend la salle d'hospitalisation au Rez de chaussé et la salle de réanimation ou SOP (salles des opérées) au troisième étage.

Cette unité s'occupe des cas purement gynécologiques(gynécologie médicale ou chirurgicale)Par ailleurs le service de réanimation prend en charge les opérées dès leur sortie du bloc opératoire et assure également tout acte de réanimation.

2.5 L'Unité des soins externes

Rentrent dans cette unité :

La salle de triage

Les consultations externes (Gynécologiques, pré natales et post natales)

La Pharmacie

Le service statistique

Cette unité assure l'accueil, la prévention et enfin l'orientation et l'éducation .

2.6 L'Unité de Néonatalogie

Elle est intégrée, dans les différentes unités en vue de la santé familiale : « santé de l'enfant, avenir du monde » ,OMS et « santé pour tous en l'an 2000 »

2.7 Le Centre de santé de reproduction

Ce service est créé en septembre 1997.il assure la Communication pour le changement de comportement (CCC) des femmes sorties de la Maternité après une accouchement ou après une opération, ou maladie . Il oriente également le choix de méthodes contraceptives des sortantes de la Maternité.

En résumé, la Maternité de Befelatanana compte 15 services qui dispensent des activités spécifiques des établissements de soins, un service administratif et une cantine.

Ces services ses repartissent en :

- Services qui ne dispensent que des consultations et des soins externes

L'exploration fonctionnelle

La consultation pré et post –natale

Le triage

La santé de la reproduction

La gynécologie externe

- Service d'hospitalisation :

La gynécologie interne

Le 1^{ère} pansement

Le 2^{ème} pansement

Le 3^{ème} pansement

La SOP Réanimation

La Réanimation

La Réanimation néo-natale

Le 4^{ème} pansement

- Service d'accouchement :

Le 1^{ère} accouchement

Le 4^{ème} accouchement

- Bloc opératoire :

Le 1^{ère} Bloc

Le 4^{ème} Bloc

- Services auxiliaires :

La pharmacie

La buanderie et la lingerie

La Maternité de Befelatanana compte 187 travailleurs. Ce chiffre ne concerne que les permanents. Les étudiants en Médecine, les stagiaires internés ,les élèves de l'Ecole Médico-sociale ne sont pas pris en compte

D'après une source provenant du service de statistique de la Maternité de Befelatanana en 2000. Ces 187 travailleurs se repartissent selon leur catégorie en :

- Médecins : 18
- Sage Femme:99
- Employé de service : 54
- Personnels administratifs :16

Les services d'hospitalisation de la Maternité de Befelatanana comptent 226 lits actifs qui sont repartis en :

- 194 lits
- 24 berceaux

- 8 couveuses

III –METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude rétrospective de la rupture utérine au CHU d'Antananarivo Maternité de Befelatanana allant du 1 janvier 2001 au 31 Décembre 2001.

Le recrutement des patientes consiste à consulter le dossier de et du protocole opératoire de chaque patiente qui présente de la rupture utérine.

Et on analyse successivement les paramètres suivants :

- La fréquence mensuelle
- L'age de la patiente
- La profession
- Le statut matrimonial
- La gestité
- La parité
- Les antécédents gynéco-obstétricaux
- La suivie de la CPN durant la grossesse
- Le geste thérapeutique
- La modalité d'intervention
- La morbidité
- La durée de séjour
- La mortalité maternelle
- Le sexe des bébés
- Le poids fœtal à la naissance
- L'indice d'APGAR

III - LES RESULTATS

1- La fréquence

1-1 la fréquence annuelle

- Nombre totale des accouchements : 5422
- Nombre des cas des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse : 127
- Nombre de cas de rupture utérine : 18

1-2-fréquence mensuelle

Tableau N° 1 : La fréquence mensuelle de la rupture utérine

MOIS	NOMBRES	POURCENTAGE
JANVIER	01	5%
FEVRIER	1	5%
MARS	2	11%
AVRIL	0	0%
MAI	3	17%
JUIN	1	5%
JUILLET	1	5%
AOUT	1	5%
SEPTEMBRE	0	0%
OCTOBRE	4	22%
NOVEMBRE	1	5%
DECEMBRE	3	16%
TOTAL	18	100

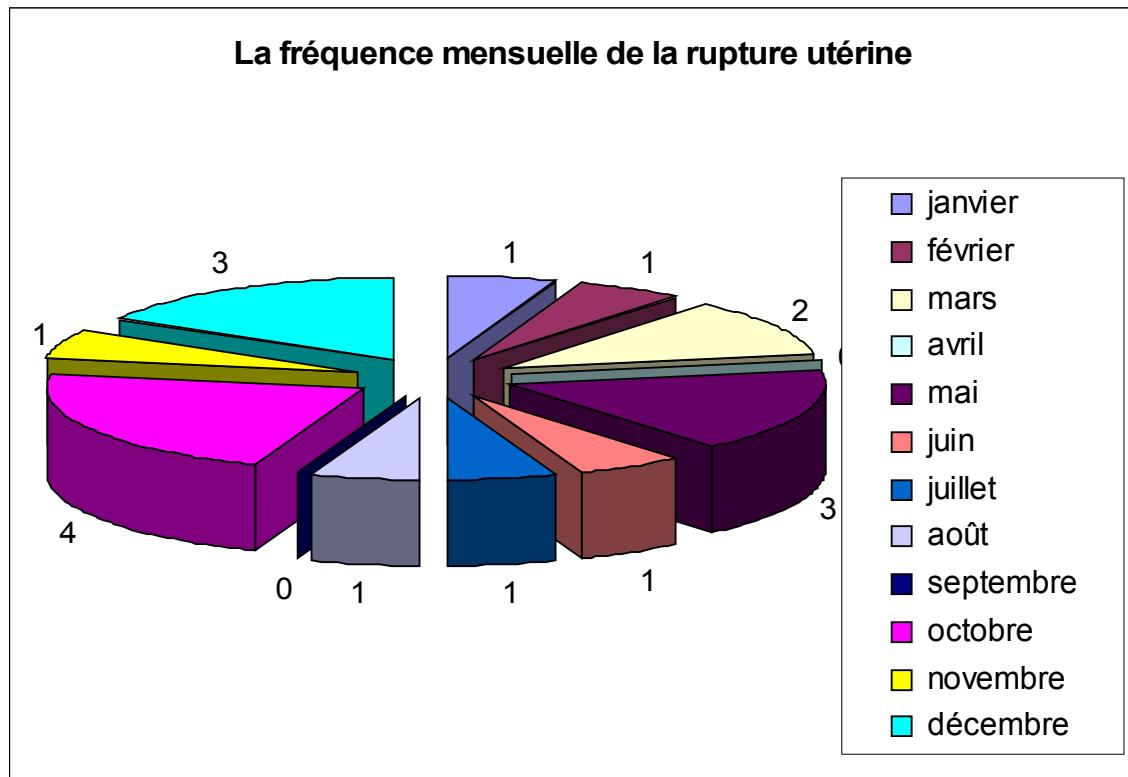


Figure N° 1 la fréquence mensuelle de la rupture utérine

2-Les caractéristiques maternelles

2-1 L'Age

Tableau N° 2 : Répartition selon l'Age

AGE	NOMBRE	TAUX
Inférieur à 19Ans	0	0%
20 à 25 Ans	0	0%
25 à 34 Ans	12	67%
35 Ans et plus	6	33%
TOTAL	18	100%

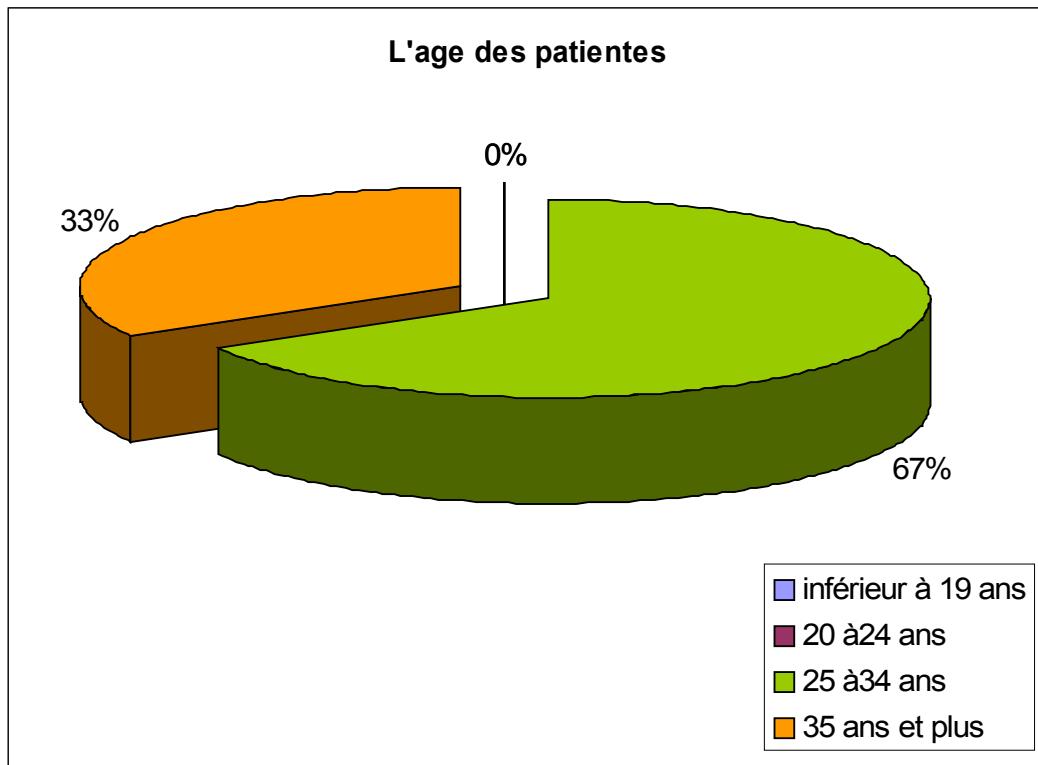


Figure N°2 l'Age de la patiente

2-2 La gestité

Tableau N° 3 Répartition selon la gestité des patientes

GESTITE	NOMBRE	POURCENTAGE
G 1-G2	2	11 %
G3-G4	7	38%
G5	5	27%
G5 et plus	4	22%
TOTAL	18	100%

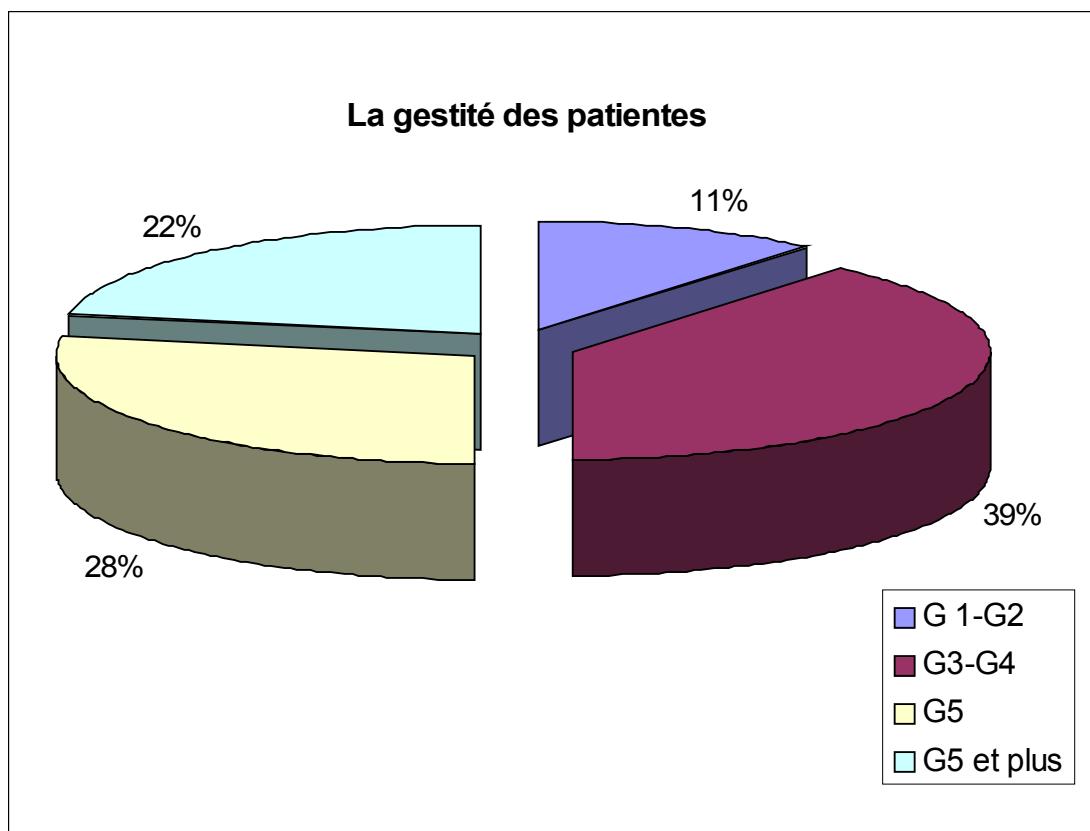


Figure N°3 La gestité des patientes

2-3. La parité

Tableau N° 4 Répartition selon la parité

PARITE	EFFECTIF	TAUX
PRIMIPARE	2	11%
PAUCIPARE(II - III)	5	28%
MULTIPARE(IV -V)	3	17%
ANDE MULTIPARE(VI et plus)	8	44%
TOTAL	18	100%

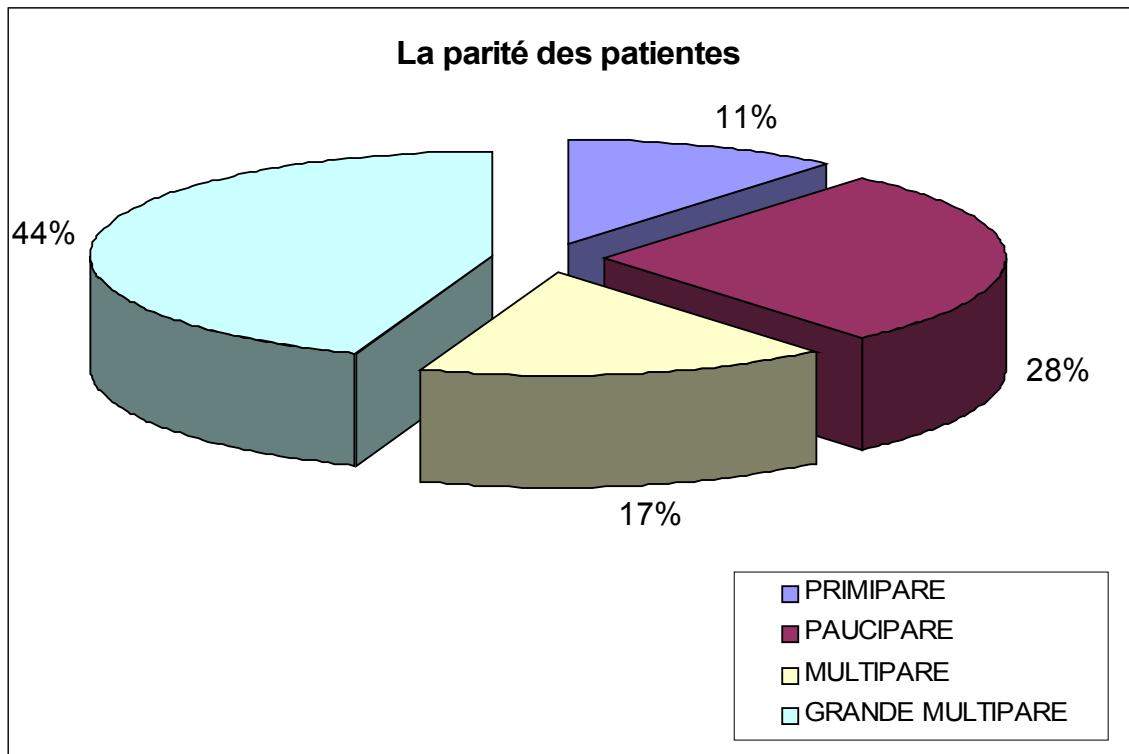


Figure N°4 La parité des patientes

2- 4 La profession

Tableau N°5 : Répartition selon la profession de la patiente

PROFESSION	EFFECTIF	TAUX
Ménagère	10	56%
Cultivatrice	5	28%
Fonctionnaire	2	11%
Ouvrière de la zone franche	1	6%
TOTAL	18	100%

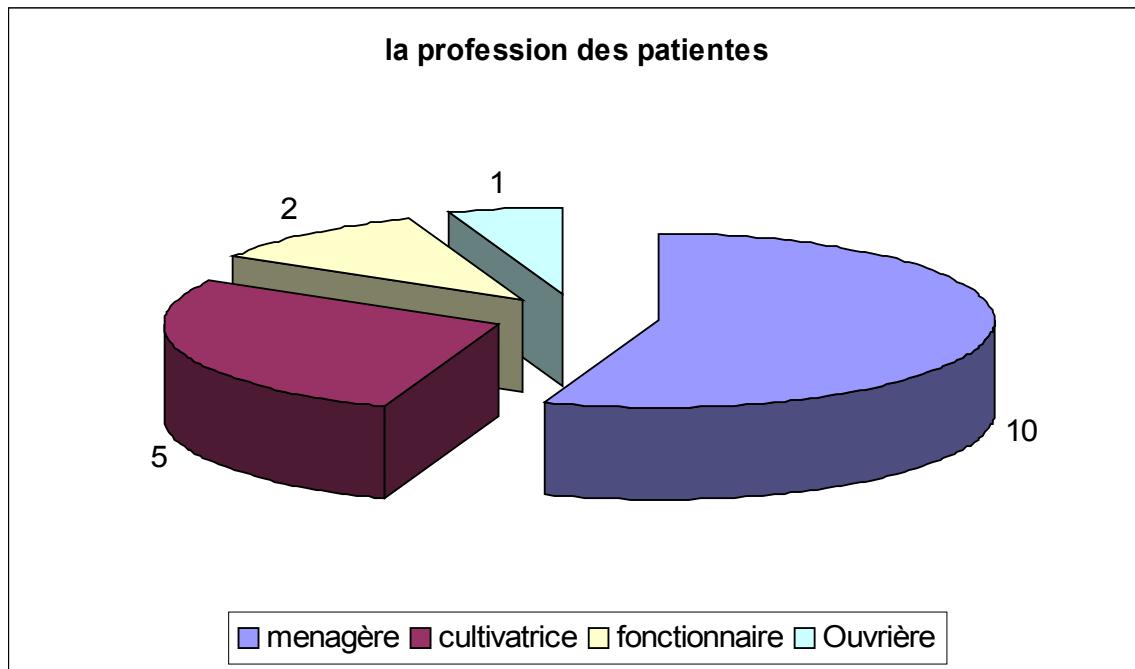


Figure N°5 La profession des patientes

2-5. Le statut Matrimonial

Tableau N°6 Répartition selon le statut matrimonial

ETAT MATRIMONIAL	NOMBRE	TAUX
Mariée	14	78%
Union libre	3	17%
Célibataire	1	5%
TOTAL	18	100%

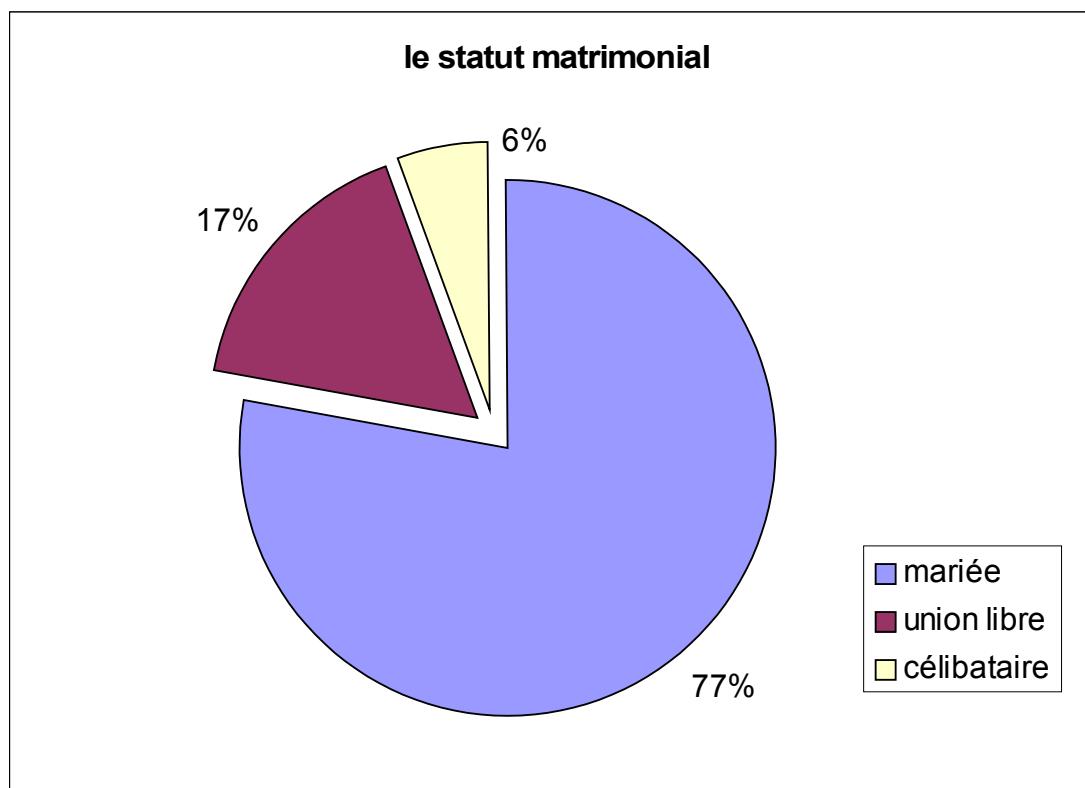


Figure N°6 Le statut matrimonial de la rupture utérine

2.6. Le Mode d'admission

Tableau N° 7 Répartition selon le mode d'admission

MODE D'ADMISSION	EFFECTIF	TAUX
Entrante directe	11	61%
Référé par un sage femme ou un médecin	2	11%
Evacuation sanitaire	5	28%
TOTAL	18	100%

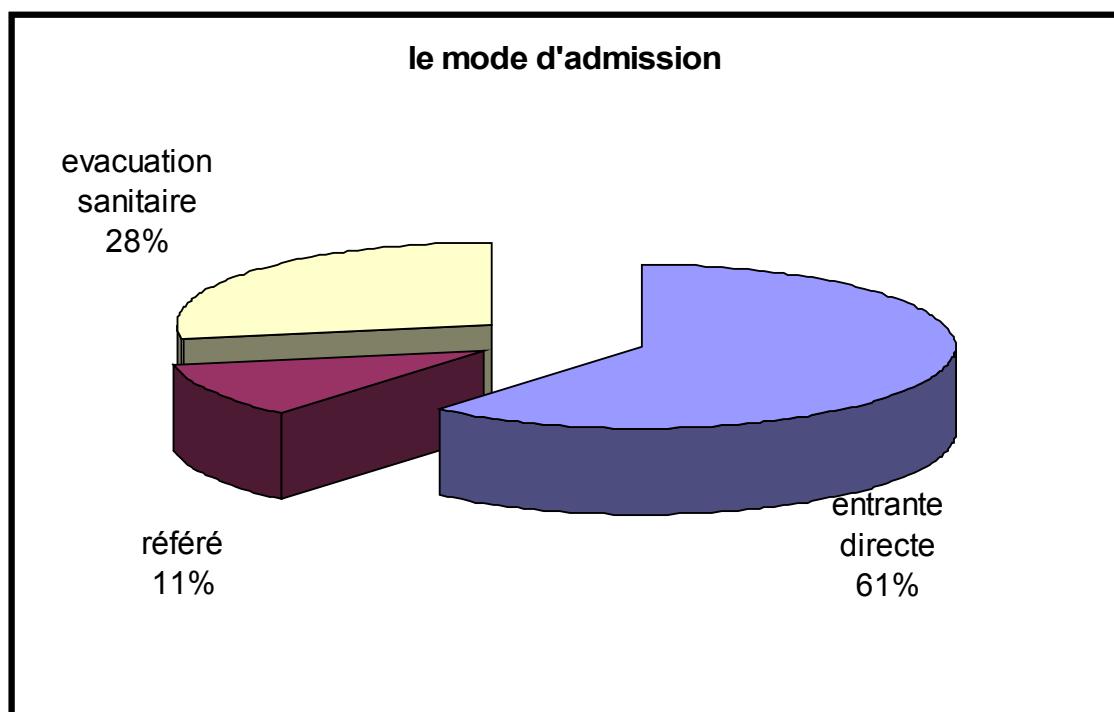


Figure N° 7 *Le mode d'admission*

2-6. Les consultations pré-natales

Tableau N°8 Répartition selon les suivis des CPN

SUIVI DE C.P.N	NOMBRE	TAUX
Aucune CPN	3	17%
Suivi régulier	9	50%
Suivi irrégulier	6	33%
TOTAL	18	100%

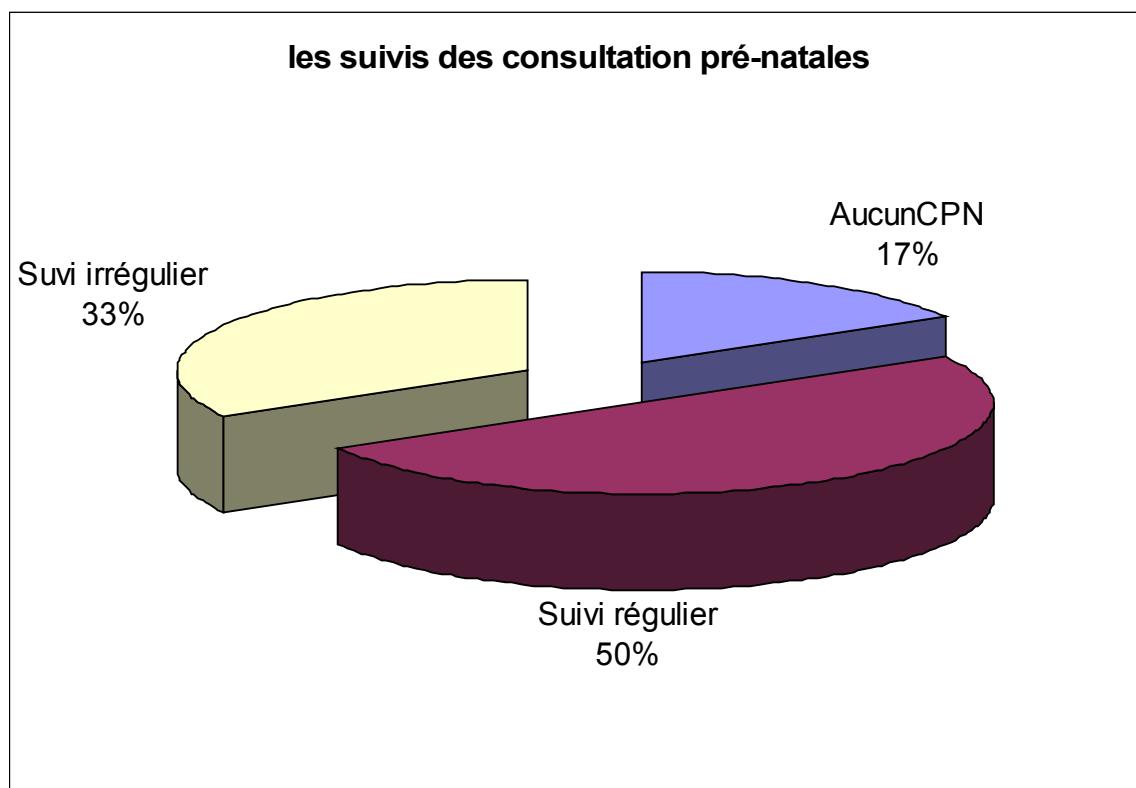


Figure N°8 Les suivis des consultations pré-natales.

2-8. Les antécédents gynéco-obstétricaux

Tableau N°9 Répartition selon les antécédents gynéco-obstétricaux

ANTECEDENT	NOMBRE	TAUX
Aucune	9	49%
Utérus cicatriciels	1	6%
Avortement antérieur	1	6%
Massage abdominal	1	6%
Prise d'ocytocine	6	33%
TOTAL	18	100%

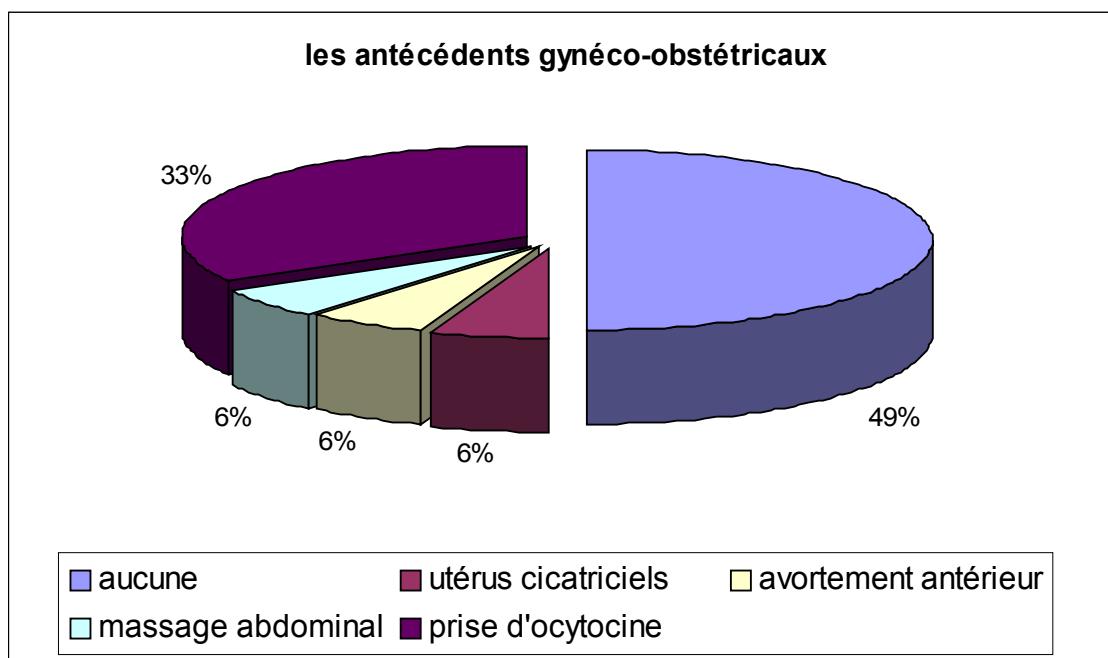


Figure N°9 Les antécédents gynéco-obstétricaux

2-9. L'évolution et le geste thérapeutique

Tableau N° 10 Répartition selon le geste thérapeutique

GESTE THERAPEUTIQUE	EFFECTIF	TAUX
Rupture utérine non opérée	3	17%
Rupture utérine opérée	15	83%
TOTAL	18	100%

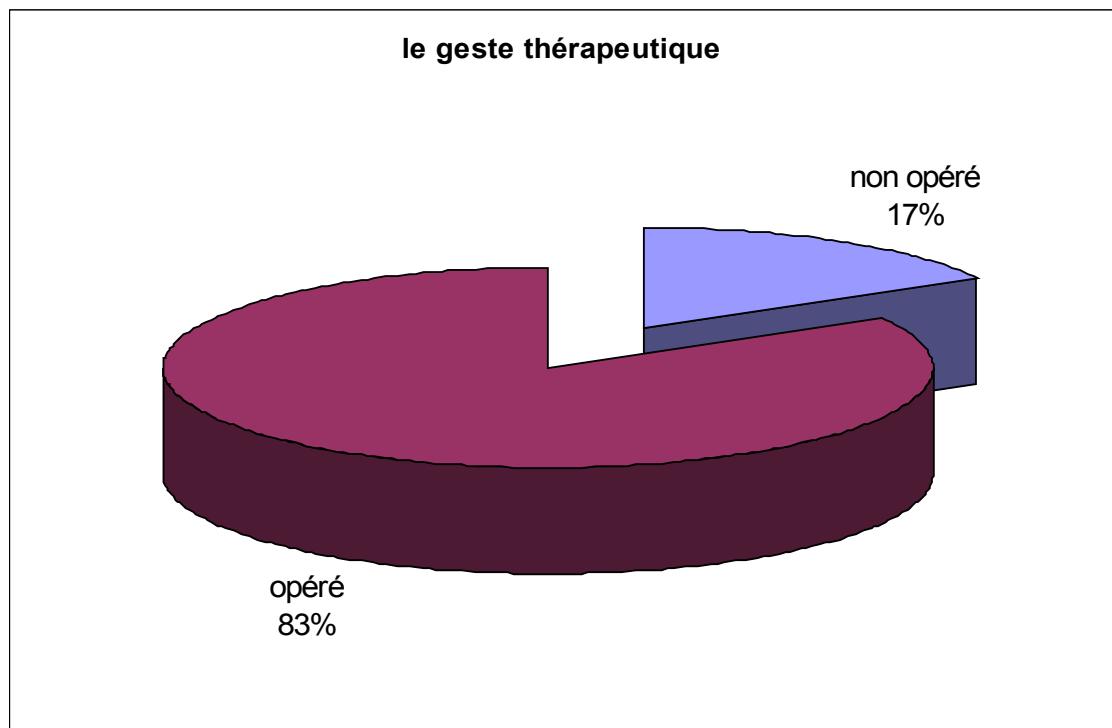


Figure N°10 Le geste thérapeutique

2-10. La modalité de l'intervention

Tableau N°11 Répartition selon le modalité de l'intervention.

MODALITES DESINTERVENTIONS	NOMBRE	TAUX
Hystérorraphie	1	7%
Hystérectomie subtotal	14	93%
Hystérectomie totale	0	0%
TOTAL	15	100%

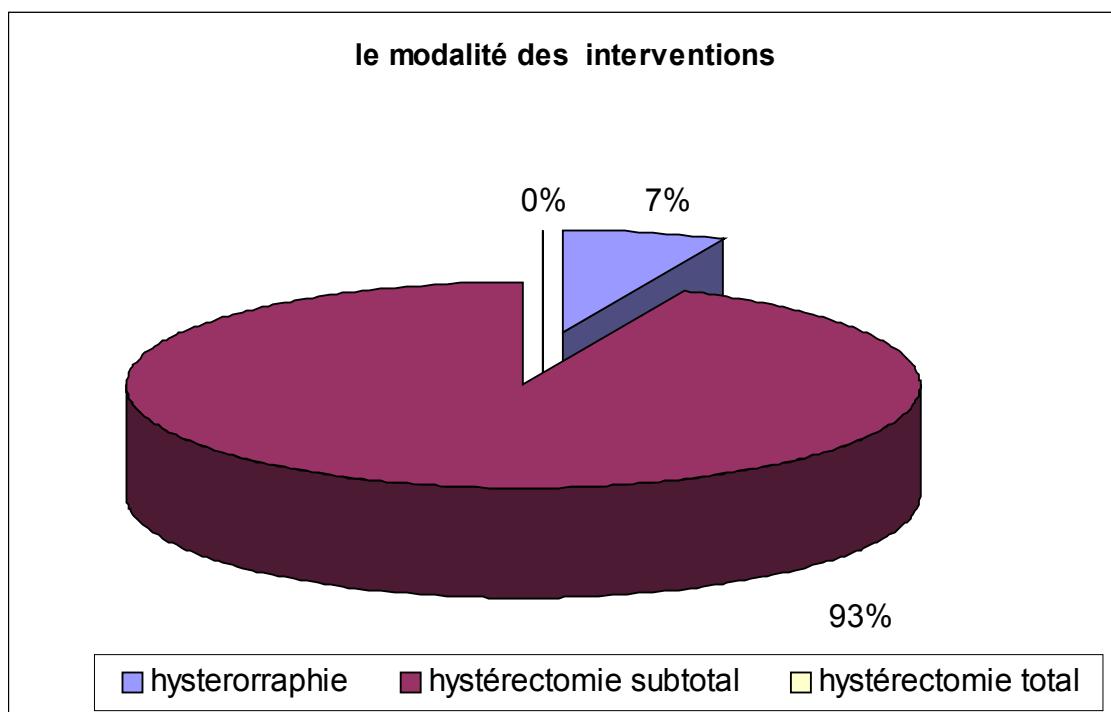


Figure N° 11 La modalité de l'intervention

2-11. le pronostic maternel

2-11.1 La morbidité post opératoire

Tableau N° 12 Répartition selon la morbidité post opératoire

CAS DE MORBIDITE	EFFECTIF	TAUX
Suite opératoire normal	9	60%
Suppuration pariétale	3	20%
Hyperthermie post opératoire	1	7%
Anémie post opératoire	2	13%
TOTAL	15	100%

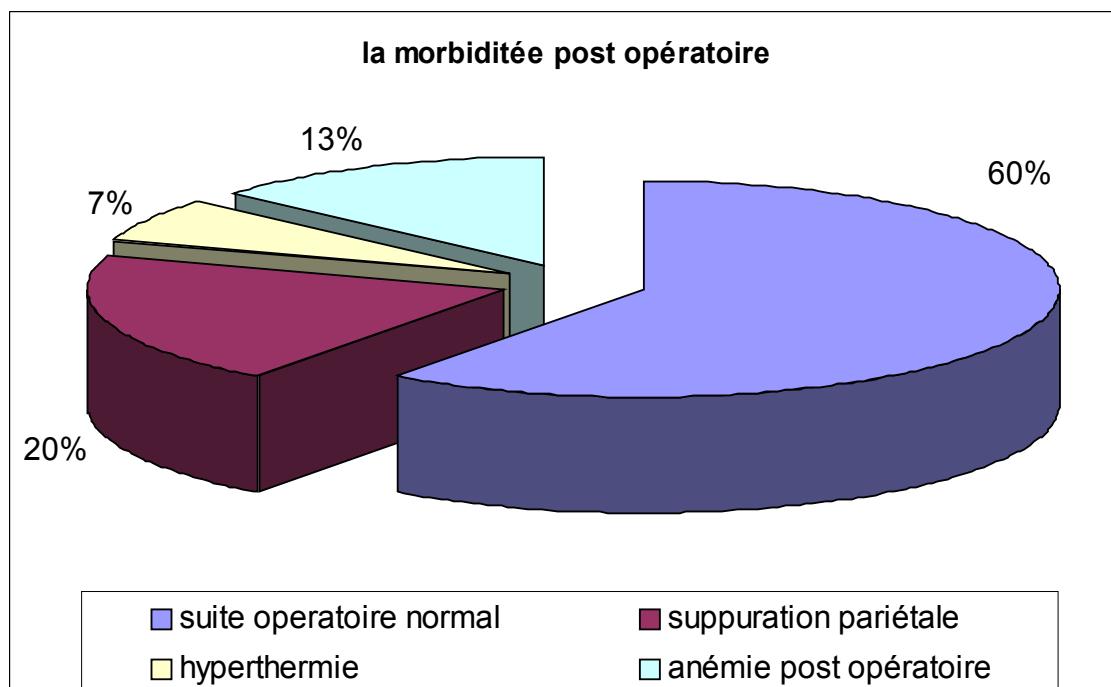


Figure N° 12 La morbidité post opératoire

2-11.2. La durée de séjour hospitalier :

Tableau N°13 Répartition selon le séjour hospitalier

LE SEJOUR HOSPITALIER	EFFECTIF	TAUX
1 à 10 jours	12	66%
11 à 15 jours	3	17%
16 jours et plus	3	17%
TOTAL	18	100%

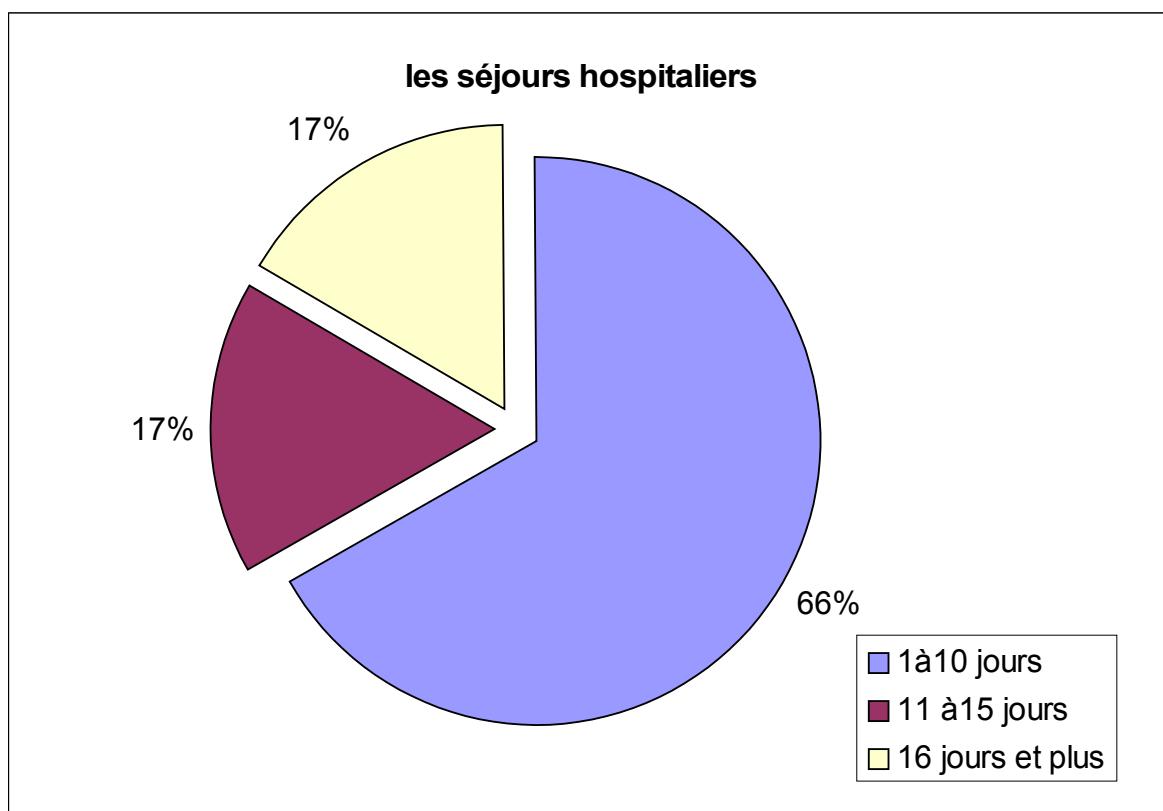


Figure N° 13 Les séjours hospitaliers.

2-11-3 La mortalité

On déplore 6 décès maternels par la rupture utérine durant l'année 2001

- 3 cas de décès non opéré. Les diagnostics des décès retenus sont :
 - Choc hypovolemique : 2 cas
 - Choc hémorragique : 1cas
- 3 décès opéré d'une hystérectomie subtotale . Les diagnostics de décès évoqués sont :
 - Choc infectieux : 1 cas
 - Choc cardio-vasculaire : 2 cas

3– Les caractéristiques fœtales

3-1 .Le sexe :

Tableau N°14 Répartition selon le sexe des bébés

SEXÉ	EFFECTIF	TAUX
Masculin	10	56%
Féminin	8	44%
TOTAL	18	100%

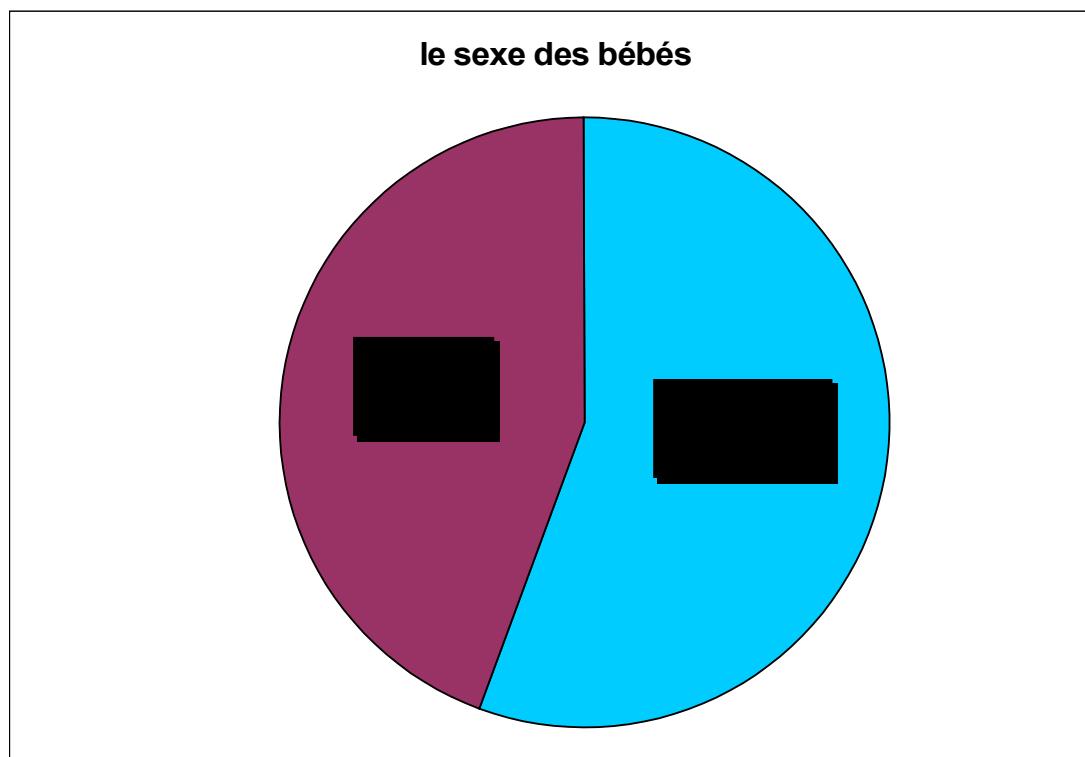


Figure N° 14 Le sexe des bébés

3-2. Le poids à la naissance

Tableau N°15 Répartition selon le poids des bébés à la naissance

POIDS A LA NAISSANCE	EFFECTIF	TAUX
Inférieur à 2500 g	1	6%
2501 g à 3000 g	7	39%
3001 g à 4000 g	10	55%
TOTAL	18	100%

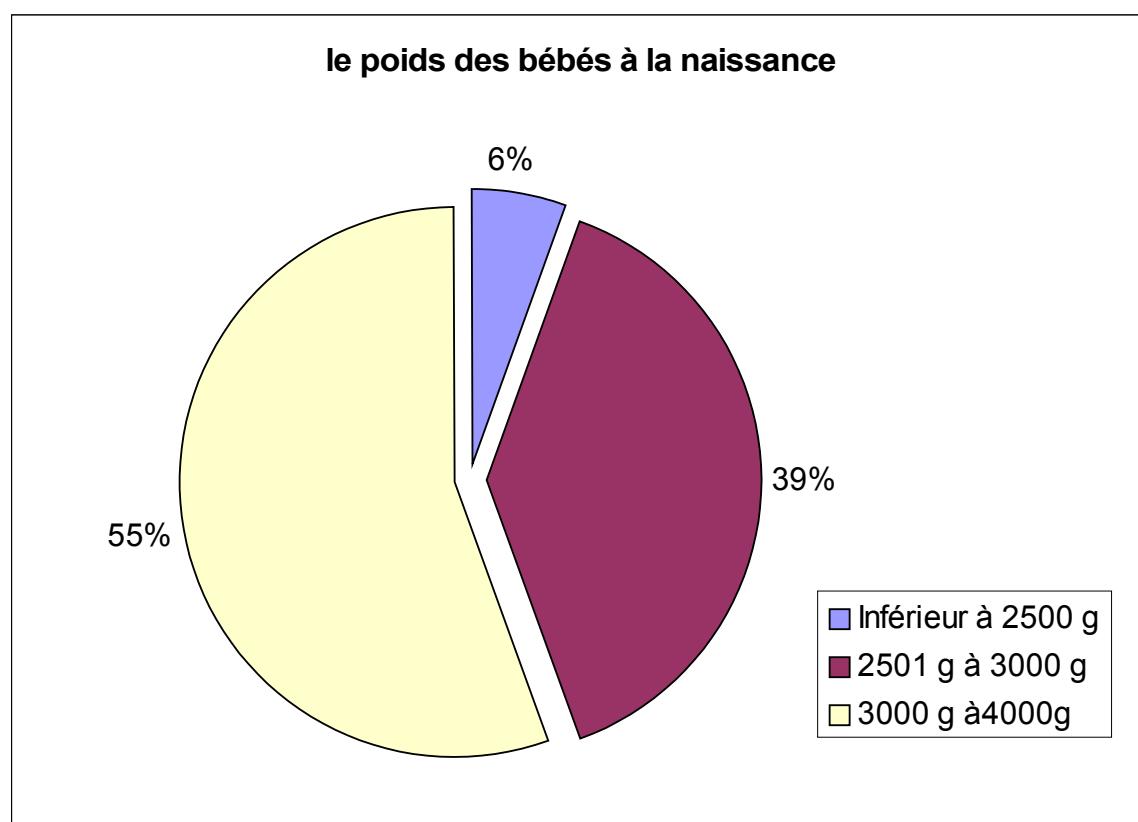


Figure N° 15 Le poids des bébés à la naissance

3-3. L'indice d'APGAR :

Tableau N°16 Répartition selon l'indice d'APGAR

INDICE D'APGAR	NOMBRE	TAUX
0	14	77%
1 à 3	1	6%
4 à 7	1	6%
Supérieur à 7	2	11%
TOTAL	18	100%

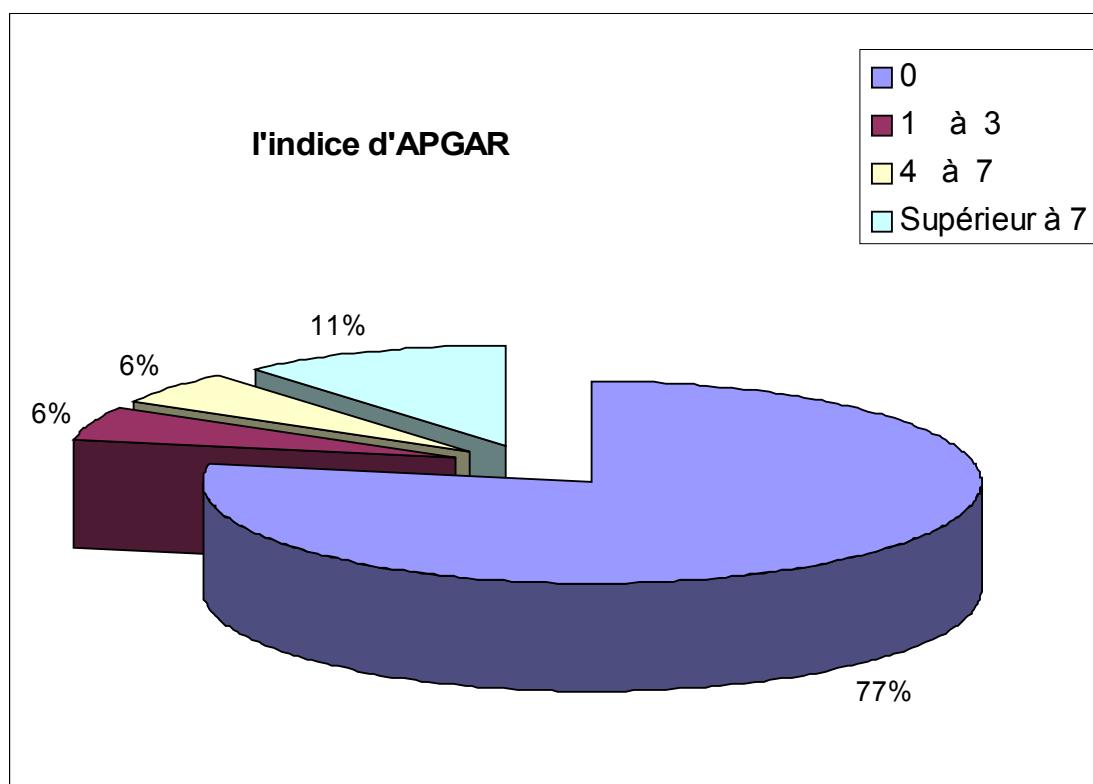


Figure N°16 L'indice d'APGAR

3-4 La mortalité fœtale

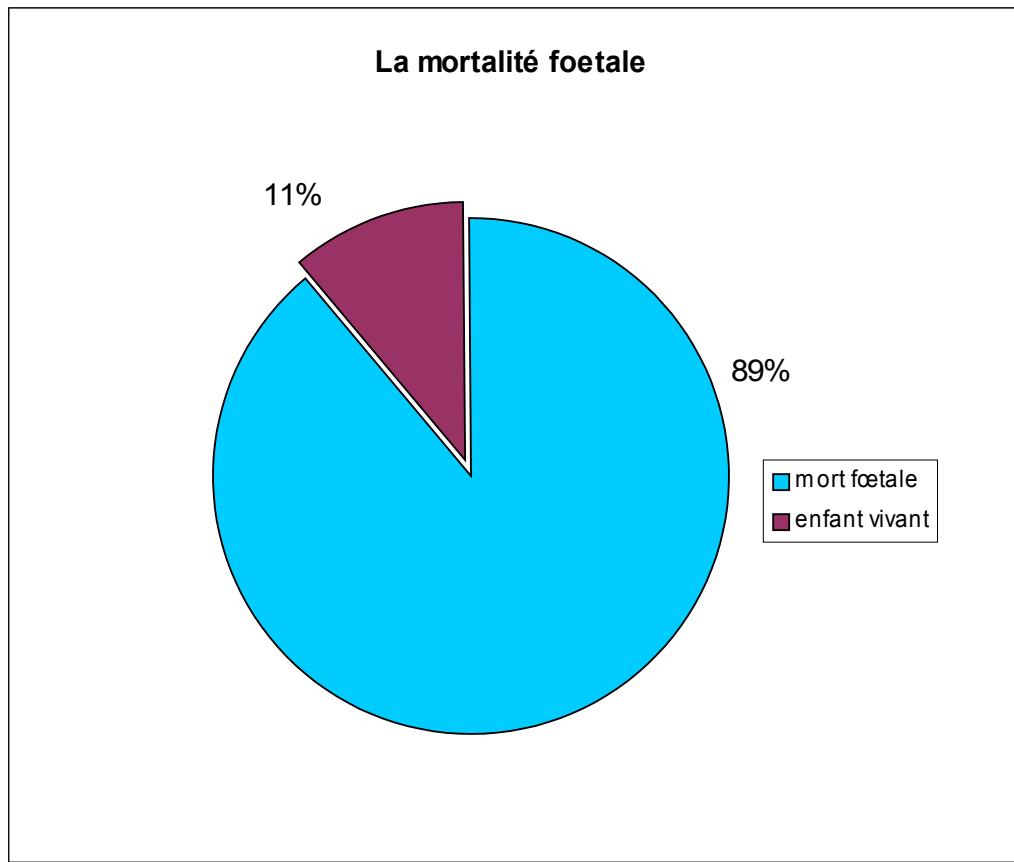


Figure N°17 La mortalité fœtale

I-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- La fréquence

La rupture utérine est une cause des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse. Dans notre étude au CHUA Maternité de Befelatanana ,on a recensé 5422 accouchements , 127 cas de l'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse soit 2,34% des accouchements dont les 18 cas sont des ruptures utérines soit le 14.17% des hémorragie de la troisième trimestre et occupe 0.33% des accouchements durant une Année.

Cette fréquence est voisine de l'année précédente. La fréquence de la rupture utérine varie d' un pays à l'autre

- A Ouagadougou la fréquence de la rupture utérine est très élevée des accouchements 23% (25).
- Au Togo la fréquence est de 0.97% pendant 24 mois (26)
- Au Zaïre la fréquence de la rupture utérine est de 1.04% en 1995 (29)

Dans les pays développés les valeurs publiées sont nettement inférieures que ce chiffre . Certains littérature a montré la fréquence de 1/5000 à 1/6000 accouchements.

- En France la rupture utérine est exceptionnelle et leur gravité est oubliée .Des mesures législatives améliorent la prophylaxie obstétricale.(30) .
- En Canada ILLOKI et COLL ont signalé d'une fréquence de 0.02% .

D'après cette étude comparative on a vu que la fréquence de la rupture utérine que nous avons vue au CHU A Maternité de Befelatanana durant l'Année 2001 est plus élevé que dans le pays développé. Par contre elle est largement minime par rapport à certains pays africain qui peut être du à la mauvaise surveillance de la grossesse ou par la négligence de l'éducation pour la santé

Dans les pays développés la rupture utérine a subi une nette régression voire même exceptionnelle mais dans le pays en développement elle reste encore un problème de santé publique.

Au total il existe de corrélation entre le niveau socio-économique du pays et la genèse de la rupture utérine. Cette évaluation peut être due à la négligence de la consultation pré – natale et la tentative des accouchements à domicile sous l'égide des accouchements traditionnel

2- Les caractéristiques maternelles

2-1 L'Age

La rupture utérine survient à tout âge (27) ((28) (31) (32)

L 'âge de notre patiente est supérieur à 25 ans avec l'âge moyen de 27 ans. Le tranche d'âge le plus victime se trouve entre 25 et35 ans.

Elle touche surtout la femme jeune. Cet âge moyen est proche de celui des certains auteurs (11)

Chez la femme jeune on évoque comme facteur causal l'influence ou la négligence en matière d'information et éducation sanitaire.

2-2 La gestité et la parité

La multiparité constitue un meilleur critère de risque et principale facteur favorisant de la rupture utérine. Avec écart inter génésique très court et inférieur à deux ans.

La rupture utérine est fréquente chez la grande multipare soit l'à cause de la faiblesse des muscles utérins par la répétition de la grossesse. Selon l' Histologue elle est due à la lésions d' athérome et des sclérose. Certain a dit que « il y a des modifications inter fascinanteurs qui sont développées au cours de chaque grossesse et également la notion de micro rupture »

En outre la négligence est courante à partir de troisième parité et surtout si les accouchements antérieurs sont bien déroulés et le risque des complications augmente à partir de la troisième parité (5)

Dans notre étude la grande multipare occupe le 44 % des patientes qui peut être due à la négligence en matière de l'éducation pour la santé et à la tentative d'accouchement à domicile.

2- 3.La profession

La majorité des nos patientes atteint d'une rupture utérine sont des femme ménagère qui présente le 56% de cas, suivi des femmes cultivatrice avec le taux de 28%.

Nous pouvons attribuer à cette évolution de taux de la rupture utérine :

- A bas niveau d'instruction
- A la peur d'accoucher, dans un milieu hospitalière par une sage Femme ou un médecin.
- Par la faute de la prise en charge du à la difficulté de transport, ou par l'insuffisance de la ressource financière.

A part de cette différentes cas la femme va tenter de faire tout ce qu'elle connaît par abus du TAMBAVY, de dose efficace et de dose toxique inconnue ou bien par le massage abdominal externe d'intensité non contrôlé sans considération de la contre indication qui augmente la risque de la survenue de la rupture utérine.

2-4. Le statut matrimonial

La rupture utérine est fréquent chez la femme mariée union libre celle ici est en relation avec le risque de la survenue de la nouvelle grossesse et leur multiplicité avec un intervalle d'inter générations court entre deux grossesses

Certains Auteurs a dit que « plus que la nombre de la grossesse augmente plus que la risque de la rupture utérine est élevé »

2-5.Le mode d'admission

La mode d'admission des patientes peut classer de trois types.

- entrante directe c'est à dire que la femme arrive à l'Hôpital pour accoucher
- patiente référée la patiente est envoyée par un Médecin ou un Sage Femme
- évacuation sanitaire où la femme vient d'une autre formation sanitaire

Dans notre étude sur 18 patientes présentant une rupture utérine. L'entrant directe prédomine soit 11 cas (61%)

Elle peut être due à la bien connaissance de la Maternité de Befelatanana d'une part.

Mais d'autre part due à la tentative d'un accouchement à domicile faite par du matrone ou la tradipraticienne, la malade arrive avec une allongement du temps du travail et hyperalgie après une différente manœuvre faite à l'extérieur mais pas de lettre de liaison ou de référence par peur du sage femme ou du Médecin donc elle est considérée comme entrant direct.

L'évacuation sanitaire n'est pas négligeable car il présente le 28% de cas, la patiente vient à une autre formation sanitaire lointaine et qui présente un tableau de la rupture utérine ou par un accouchement dystocique. Parfois elle arrive trop tard due à la difficulté de transport par manque d'aménagement ou insuffisance de la route praticable des nombreuses embouteillages dans la ville d'Antananarivo.

D'autre part la méconnaissance de la dystocie qu'à la phase de rupture utérine retard l'évacuation sanitaire.

2-6. Les antécédents gynéco obstétricaux

La prise d'ocytocine est l'antécédent le plus rencontré dans la rupture utérine.

L'ocytocine est un médicament qui augmente la fréquence et l'intensité de la contraction utérine. L'indication habituelle est l'insuffisance de la contraction utérine au cours du travail après l'élimination de la contre indication mais parfois il peut être utilisé pour diriger un accouchement. La surdosage entraîne de complication obstétricale telle que la souffrance fœtale, l'utérus contractile en particulier la rupture utérine .

La matrone utilise des différentes décoctions à partir des plantes médicinal pour faciliter ou pour diriger un accouchement sans précaution d'emploi ni élimination de la contre indication avec de dose efficace et de dose toxique inconnue qui peut entraîner des complications en particulier la rupture utérine.

On a recensé 6 patientes parmi le 18 qui ont pris l'ocytocine. Ceci peut être due à la méconnaissance de la contre indication de leur utilisation ou par l'insuffisance de l'examen clinique avant l'utilisation.

La désunion de l'utérus cicatriciel expose la femme au risque de la survenue de la rupture utérine au cours de l'accouchement c'est le cas de 6% des nos patientes, de même la fréquence de la micro rupture au cours de l'avortement antérieur qui peut être du à la mauvaise surveillance de l'état cicatriciel de l'utérus pendant la grossesse et durant le déroulement du travail par la négligence des consultations pré-natales

2-7 Le geste thérapeutique

La rupture utérine est une urgence obstétricale, c'est la patiente doit opérer le plus tôt possible et après une réanimation hydroélectrolytique et/ ou par transfusion sanguine

Sur 18 cas les 15 patientes sont opérées après une réanimation, mais malheureusement les trois restes sont non opérées et décède car elles sont non réanimées . Ceci peut être due à la retard d'arrivée à la maternité par l'insuffisance du moyen de transport le manque d'ambulance l'insuffisance de la route praticable

2-8 Le méthode opératoire

Plusieurs Auteurs pensent que le geste chirurgical doit être conservateur au maximum et que l'idéal est de réparer l'utérus par hystérorraphie. Cela permet non seulement de garder la fonction de la menstruation et l'équilibre endocrinien, mais aussi d'espérer une nouvelle grossesse.

Il faut donc limiter autant que possible l'indication de l'hystérectomie. Malheureusement il n'y a que un cas parmi les 15 opérées a pu bénéficier d'une réparation utérine par hystérorraphie soit de fréquence de 7 %. L'hystérectomie est nécessaire pour le 14 cas soit le 93 % à cause de l'entendue de la lésion et de la complication de la rupture et de retard de l'évacuation sanitaire plus de 6 heures après l'accident de la rupture

2-9 Le pronostic maternel

2-9.1 la morbidité post opératoire

Le traitement chirurgicale ne veut pas dire que la patiente est guérie. Mais on peut voir des complications post opératoires parfois menaçant le pronostic maternel

Le plus dangereuse est l'anémie post opératoire origine du choc cardio-vasculaire qui présente les deux cas de nos patientes sur les 15 opérés qui peut être due à l'étendue de la lésion utérine très hémorragique ou à la retard de la prise en charge par la retard de l'admission à l'hôpital

En outre l'infection post opératoire un cas sur les 15 opérés qui peut être due à l'embolie infectieuse par le retard plus de 6 heures après la rupture dont la culture bactérienne est favorable à la liquide amniotique

La suppuration pariétale peut se rencontrer c'est le cas des trois patientes sur le soit le 20% de cas due à la mauvaise asepsie lors de l'intervention ou de pansement mal conduit.

Heureusement, la suite opératoire normale reste dominante soit 9 cas sur 15 ou le 60% de cas.

2.9.2 Le séjours d'hospitalisation

En général la cicatrisation du plâtre opératoire dure en moyenne entre 10 et 15 jours donc la femme doit sortir de l'hôpital dans 10 jours. Mais la présence de certaines complications post opératoires entraîne la retard de la séjour d'hospitalisation

Les trois cas ont un séjour plus de 16 jours due à la complication post opératoire et nécessitent une surveillance ou une pansement journalière

Les trois restes ont de séjour entre 11 et 15 jours qui ont des hyperthermie post opératoire nécessitant une antibiothérapie approprié ou bien des anémie post opératoire.

2.9.3 La mortalité maternelle

La mortalité maternel peut survenue préopératoire par l'état de choc, ou post opératoire par l'infection ou par l'anémie .

Nous avons 6 femmes décès sur par la rupture utérine soit le 33% de cas du à la faute de la prise en charge , par la retard de l'évacuation sanitaire ou bien par l'étendue de la lésion ,par la manque de la route praticable.

3 Les caractéristiques fœtales

3.1 Le sexe des bébés

Il y a très peu de différence entre le garçon et la petite fille avec un peu prédominance du sexe masculin on peut dire que la rupture utérine ne dépend pas à la sexe du fœtus

3-2 Le poids à la naissance

Le poids à la naissance de nos fœtus varie de 2500 g et 4000g la fréquence de la rupture utérine augmente avec le poids des fœtus à la naissance notre étude l'a affirmé

- Soit 1 cas a de poids entre 2500g et 3000g
 - 7 cas entre 3001g et 4000g
 - 12 cas pour le poids fœtal supérieur à 4000g

Ceci peut être dû à la surdistension utérine

3-3 L.e pronostic fœtal

L'indice d'APGAR est un moyen d'identifier le pronostic fœtal lors de la naissance. Il est chiffré de 0 à 10 dont tend que l'indice est faible le pronostic est mauvais.

Au cours de la rupture utérine le pronostic fœtal est très mauvais, la mortalité est très élevée.

Notre étude a confirmé car nous avons vu que

- 14 fœtus soit le 78% de cas ont un indice d'APGAR 0 c'est à dire que l'enfant né avec un état de mort apparente
- 2 fœtus ont un indice d'APGAR entre 1 et 7 soit le 11% de cas mais tous sont non réanimés soit due à l'insuffisance de matériel de réanimation ou par l'absence de médecin réanimateur lors de l'opération césarienne.
- 2 fœtus seulement ont un indice d'APGAR supérieur à 7 et les deux fœtus seuls sont vivants.

Au total la mortalité fœtale est très élevée soit le 89% de cas cette fréquence est très élevé par rapport à ce qu'on a trouvé par ABBASSI(33) en Casablanca de 45.7% qui est très élevé par rapport au cas des Etats Unies avec la fréquence de 6.7%

Ceci peut être due à la faute de la prise en charge par la manque d'Ambulance ou par insuffisance de matériel de réanimation ou bien l'absence de médecin réanimateur lors de l'intervention.

II -SUGGESTIONS

La rupture utérine est une des complication redoutable de la grossesse et de l'accouchement qui va compromettre le pronostic fœto-maternel, la prophylaxie reste le meilleure solution dans la lutte contre celle ici.

Or dans les pays développement les mesures préventives sont parfois difficile à réaliser à cause des certains obstacles, à savoir matériel, financier, et socioculturel

Notre étude porte sur 18 cas de rupture utérine permet d'évoquer et de proposer quelques suggestions dans la lutte contre les complications de la grossesse et de l'accouchement

1-La surveillance de la grossesse et de l'accouchement

1 1-Les consultations prénatales (CPN)

La consultation pré-natale(CPN) doit être faite 4 fois pendant une grossesse à la troisième, au sixième à la huitième et neuvième mois de la grossesse

Elle a beaucoup d'intérêt car elle permet de

- surveiller la vitalité et la croissance du fœtus
- dépister toutes pathologies maternelles au cours de la grossesse
- prévenir la complication de la grossesse
- faire une étude rigoureuse des antécédents des patientes tel que la multiparité, la présentation vicieuse, le bassin asymétrique,
- rechercher le symptômes de mauvais pronostic telle que la douleur sus pubienne, de métrorragie impose une échographie de contrôle (34)
- donner quelques conseils pour la nécessité d'accouchement au Centre de santé et de la notion de la contraception
- Pour la femme césarisée antérieur ou porteur de l'utérus cicatriciel :
Elle permet de
 - rechercher la cause de l'opération césarienne antérieure est il occasionnel ou permanent ?

Occasionnel en cas d'anomalie de la dilatation ou de disproportion fœto-maternel.

Permanent lors qu'il y a bassin rétréci

- apprécier la qualité de la cicatrisation utérine et l'épaisseur du segment inférieur par l'hystérosalpingographie mais par défaut elle peut surveiller par l'échographie (35)
- apprécier la dimension de la filière génitale par la pelvimétrie
- Pour la multiparité

C'est une meilleure occasion de donner l'éducation en matière de la contraception pour réduire la multiparité et les avortement clandestin réputés à l'origine de l'hémorragie et la fragilisation utérine .

1 2- la surveillance de le déroulement de l'accouchement

1 2- 1 Le PARTOGRAMME

C'est un enregistrement graphique du travail et de donner l'état de la mère et du fœtus par lequel on repère les anomalie de la progression du travail et de la dystocie traitante (36) (37)

On apprécie :

- L'accommodation fœtale
- L'ampliation du segment inférieur
- La vitesse de dilatation cervicale
- L'absence de douleur au niveau de la cicatrice de l'opération césarienne antérieur

A part de toute la surveillance l'indication de la prise d'ocytocine est discutable.

1 2-2 Au cours de l'expulsion

Il faut limiter l'effort expulsif, la prise d'ocytocine, et le massage abdominal ou de différente manœuvre externe.

Encourager l'utilisation des instrument comme la forceps, de vacuum, de ventouse lors de la phase de l'accouchement avec le bon indication après

2-La recyclage et formation du personnel médical

- Il faut former tout personnel de santé en matière d'obstétrique pour la meilleure prise en charge au moins une fois par an
- Dans tout Centre de district sanitaire on doit au moins un médecin chirurgien et bénéficiaire d'une recyclage en matière d'obstétrique, pour la manipulation les matériels nécessaires à l'accouchement dystocique
- Former tout personnels et encourager pour suivre rigoureusement le PARTOGRAMME avec la meilleure prise en charge au moindre doute.
- Former toute personnel de santé de pratiquer un examen standardisé de la femme enceinte car leur formation améliore et facilite l'accès de femme et certains soins obstétricaux essentiel d'urgence.
- Former le gens de santé d'améliorer le système de réception.
- Recycle tout personnel médical en matière de l'éducation et information sanitaire avec de meilleure technique de communication à la fois pour la Maternité sans risque et l'introduction de la contraception avec sa différente méthode

3 – La contraception

La contraception est un moyen de diminuer la multiparité et d'élargir la phase inter geneseité entre deux grossesses et lutte contre la grossesse involontaire.

Actuellement il y a des nombreuses techniques qu'on peut utiliser avec son indication et de la contre indication. Mais de rumeurs circulent que son utilisation est dangereux nécessite donc une séance d'éducation spéciale pour convaincre la patiente

Notre rôle est de proposer, les différentes méthodes avec les avantages les inconvénient.

4- l'éducation pour la santé

L' éducation pour santé a une intérêt très important en matière de la maternité sans risque et de la santé familiale, parfois le moyen de rencontrer est difficile donc chaque fois qu'on rencontre il faut faire une séance d'éducation pour la santé lors de la vaccination lors de la CPN , lors de la différente consultation

Elle consiste à :

- Faire une campagne de sensibilisation en particulier sur la nécessité de la CPN.
- Expliquer aux gestantes l'importance de la surveillance de la grossesse et de dépistage des cas à risques
- Sensibiliser les femmes enceintes de suivre régulièrement, d'être assidue sur le nombre et le rythme des CPN dans un Centre de santé pour pouvoir surveiller leur santé et de prévenir les complications de la grossesse.
- Favoriser l'orientation des gestantes dans un établissement plus équipé de recours en cas de problème
- Apprendre aux femmes le régime d'hygiène au cours de la grossesse :
 - Pendant le première trimestre proscrire le sucrerie et la graisse
 - Pendant le deuxième trimestre insister sur les alimentations riche en calcium et en fer
 - Pendant le dernier trimestre prendre l'avantage d'aliment riche en vitamine et suivre un régime hyposodé
- Insister les gestantes de bien suivre le conseil au cours de la CPN pour éviter les complications ultérieures
- Encourager les femmes enceintes d' aller au Centre de santé bien avant le début de travail pour mieux suivre et surveiller l'évolution du travail
- Convaincre les femmes d'abandonner la croyance traditionnel et la prise du TAMBAVY et de ne pas suivre de séance de massage chez la matrone pour éviter l'accident

- Encourager les femmes d'espacer l'intervalle entre la naissance de deux enfants par l'utilisation de la contraception tout cela exige une habileté de la part des éducateurs pour convaincre à la fois le couple

5- Amélioration de l'infrastructure sanitaire :

- Il faut multiplier les postes sanitaires avec le minimum de matériel nécessaire en étendant dans le réseau de soins de santé les plus reculés de la brousse.
- Il faut augmenter les nombres des Médecins spécialiste dans le Centre chirurgical au moins un réanimateur et un obstétricien
- Améliorer et aménager ou construction de route pour faciliter l'évacuation sanitaire en cas de nécessité
- Il faut augmenter le nombre d'ambulance pour éviter de le retard de la prise en charge.
- Il faut installer un réseau de communication à chaque poste sanitaire pour faciliter la communication en cas où l'évacuation sanitaire est nécessaire.

6 -la lutte contre l'analphabétisme

L'analphabétisation pose un problème à la transmission de message lors d'une séance de l'éducation pour santé

- Il faut la multiplier les nombre des écoles jusqu'au coins de la brousse.
- Encourager les femmes d'éduquer ses enfants à l'école dont tout enfant moins de 18 ans doit être étudier à l'école

CONCLUSION

La rupture utérine est l'une des complications le plus redoutable de la grossesse et de l'accouchement. Elle reste encore un problème d'actualité obstétricale qui menace la santé publique dans notre pays. Elle survient dans la majorité de cas chez les femmes prédisposées : l'âge, la multiparité, l'utérus cicatriciel, la prise d'ocytocine, le niveau socioculturel défavorable sont les facteurs étiologiques le plus fréquent trouvés

Les conséquence de la rupture utérine sur la mère reste sombre aussi bien sur le plan vital que génitale et psychoaffectif, si le diagnostic est tardif, le pronostic foetal est encore grevé d'une lourde mortalité.

Une étude rétrospective sur la rupture utérine en 2001 a été effectué au CHUA Maternité de Befelatanana. L'objectif du travail est d'évaluer l'aspect épidémiologique de cette affection obstétricale et de proposer une prise en charge correcte.

Les résultats de la recherche ont permis de faire saillir les faits suivants :

-18 cas ont été recensé sur une totale de 127 cas d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse soit le 14,17% et sur les 5422 accouchements soit la fréquence de 0,33%

-La tranche d'âge de 25 à 34 ans est la plus touchée

-La troisième et quatrième geste sont les plus atteints avec un taux de 39%

-La multipare est de pourcentage le plus élevé 44%

-Le niveau socioculturel défavorable est en haut risque (56% sont des femmes des ménages, 28% cultivatrices)

-Elle touche surtout la femme mariéE 78 % de cas

-Les entrantes directes sont les plus nombreuses 61%, suivies par les évacuées 28%

-La plupart des femmes ne sont pas assidues au CPN

-La prise d'ocytocine est l'antécédent la plus rencontrée 33 % de cas, l'utérus cicatriciel, l'avortement antérieur le massage abdominal ont de même fréquence de 6%

- Sur les 15 interventions pratiquées : 14 hystérectomies et une hystérorraphie
- Le pronostic fœto-maternel est sombre 33% de décès maternel et 89% des morts fœtales

Au terme de notre travail nous avons proposé les mesures suivantes :

- Un encouragement des femmes à être assidues aux CPN
- Une formation et recyclage du personnel de santé
- Un renforcement de l'éducation pour la santé
- Une amélioration des infrastructures sanitaire et routière
- Une vulgarisation du planning familial
- Une lutte contre l'analphabétisme

Puisse notre travail apporter une contribution à une meilleure prise en charge des femmes qui présentent des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse et du travail

BIBLIOGRAPHIE

1. **André D.** L'utérus gravide. Anatomie Gynécologie et obstétricale 1974 ; 2 : 353-374
2. **Kamina .** L'utérus . Anatomie gynécologie et obstétricale. 1985 ; 1: 467
3. **François A. et Véronique C.** Mécanisme de l'accouchement .Gynécologie 1998 ;2 :21-25
4. **Pierre B. , Robert C** .Plaie te rupture de l'utérus traité en chirurgie d'urgence 1936 .9 .422-428
5. **André M . , Marc S.** Rupture utérine .Guide de Médecine en Afrique et en Océan indien . 1964 ; 2 : 460
6. **Douart A. Bourneuf J.** Utérus Anatomie :Nouvel Larousse médical .1981 ; 1 :1069
7. **Randrianampy H. V.** Evolution des cas de rupture utérine à la Maternitéde Befelatanana à propos de 6 cas Thèse en Médecine Antananarivo 1997 ; 4146 : 17
8. **Champault G.** Rupture utérine expérience africaine des 64 cas : Journal Gynéc. Obstét. Biol. Réprod. 1978 7.4. 855-860
9. **Chevrat , Breton O. LebrevetJ.Y, Vialard J.** Décès maternel d'origine obstétricale Aspect médico legaux .Journal gynécol. .Obstét. Biol. Répr.1985.14.3.399
10. **Kamina P. Mazer G.** Rupture utérine lors de l'accouchement après hystéroskopie : presse médicales 1996 ; 2 : 25-159
11. **Alihonou E. All** Utérine rupture of factor Favoring their incidence and preventive measure Dakar medical. 1983; 28 . 3 : 552-559
12. **Merger R.Levy I Melchior J** .La rupture utérine Précis de l'obstétriques 1985 ; 2 :467
13. **Bouhousson K.M , Djanham , Bomi K. , Toure W.** Mortalité maternel et infantile à Abidjan en 1988 ; 1:41-45

14. **Picaud N . Ogwet N, Ngogan E. , Ekocha A.** L'accouchement de l'utérus cicatriciel à propos des 606 cas pour 62193 accouchements .Revue Franc. Gynéc Obstét. 1990 ; 85.6 : 392-397
15. **Maria B ,Cornet M .C.** Rupture utérine au cours de la grossesse .EMC Obstét.1981 ; 5080 :110
16. **Scheri C. , Emmannuelli J. M. , Lacarle C. Coumiren .** Rupture de la corne utérin après une salpingiectomie totale avec resection de la portion interstitielle Jour.Gnéc.Obstét.Biol Réprod. 1979 ; 2 : 171-194
17. **Sfar E . S. ,Chaar N, Ben Ammare , Haout S , Zouari F , Zittonni M Chell H.** Analyse de facteur de risque du placenta accreta: Rev Franc. Gynéc. Obst. 1994; .89.4: 150-154
18. **Leng J. J. Sangla N. , Tanon L. , Hocke C.** Déclenchement sur l'utérus cicatriciel .Rev. Franc.Gynéc. Obst. 1992 ;4 : 111-194
19. **Pontonnier A. , Berland M. , Daudet.** L'extension de l'indication des opérations césariennes au cours des dix dernières Année est elle justifiée :Rev Gynéc. Obst 1979 ; 74 : 281 –286
20. **Razakamanana A. Z.** Contribution à l'étude de la rupture utérine à propos des 7 cas survenue à la Maternité de l'HJRA du Janv 1991 au Juillet 1992Thèse de Médecine Antananrivo 1993 ; 3126 : 36
21. **Cacault J A., Jacques L.** L'utérus cicatriciel : Decision de la voie de l'accouchement. L'urgence en garde de Gynécologie et du Maternité .1986 ; 3 : 42 –44
22. **Delecour M. Thoulon J M.** La conduite à tenir actuelle devant une dystocie Jour. Gynéc. obst. Biol. Reprod. 1985 ;14 : 399
23. **Lepage F. , Lelirzin R.** L'avenir de l'utérus cicatriciel .Progrès en obstétrique 1970 ; 4 : 305 .334
24. **Raharison N. R.** Rupture utérine au Service de Gynécologie et obstétrique et de reproduction humaine de l'HJRA à propos des deux observation :Thèse de Médecine Antananarivo 1990 ; N°2022 :41
25. **Durand D.M. ,Robert Y. , Dufour P. , Recourt M. , Monnier J.C.** Ulltrasonie diagnosis of placenta percreta à propos of a case hemoragic complicationsJournal radiologie April 1977 ;78-4 :313

26. **Akpapza K . , Kotor K.T., Beftos , Hodonou A. K. S.** Prise en charge de la rupture utérine . Médecine d'Afrique noir 1994 ;41 .11 : 604-607
27. **Mankoaud J. Ouedraoga G. M. Toure B. Dedraogo A. Sano D. Dao Koneb.**
Les rupture utérine urgence obstétricale Jour. Gynéc.Obst.Biol .Reprod 1997 ; 26 .7 :715-719
- 28.**Vololoniaina.** Facteur épidemie clinique de la rupture utérine au CHDII D'Antsirabe Thèse en Médecine d'Antananarivo 2000 ; 5383 :49
- 29.**Kintengre , Kaymbe E et Mbine.** Rupture de l'utérus gravide (18 cas) : Journ. Gynéc obst.Biol. Reprod. 1995 ; 4 :845-855
- 30.**Iloki , Okongo D. Ekoudzou.** Les rupture utérine en milieu Africain 59 cas colligés au CHU de BrazzavilleJourn. Gynéc. Obst. Reprod. 1994 ;23 : 922-925
- 31.**Talebzadeh H.** Les ruptures utérine à l'Hôpital de Shah pour diagnostique Revue Franc. Gynéc.Obst. 1978 ; 73 : 695-702
- 32.**Mathie, Dufour , Prongeau J. F. , Vanatier D. ,Tordjeman N. , Duclay J. C . Monnier J. C.** Rupture utérine à 22 S.A par placenta praevia, percretaJourn .Gynéc. Obstét. Biol Reprod. 1995 ; 79 : 93
- 33.**Habassi Q. Sefrioui M. Mouhaddab M. ,Kerroumi M. Bekkay.** Les ruptures utérines au cours du travail (83 cas) : Revue Franc.Gynéc.Obstét. d'outre mer 1998 ; 93, 6 : 423-427
- 34.**Rabearisoa H.** Etude épidémiologique de la rupture utérine au CHU Maternité de Befelatanana Thèse en Médecine d'Antananarivo. 1995 ; N°3221 : 42-43
- 35.**Shamay N. ,Gall .** Rupture utérine une catastrophe obstétrique Revue Franc.Gynéc. Obst. 1989 ; 12 : 751
- 36.**Duale , Sambe.** La fourniture de soins d'urgence pour une maternité sans risque : Document technique préparé pour la conférence sur la Maternité sans risque en Afrique francophone Miamey Niger 1989 ; 1 : 58-59
- 37.**Le Partogramme .** Unité de la santé maternel et infantile . Division de la santé de la famille OMS GENEVE 1988 ; 2 :67
- 38.**Fagues C.** Rupture utérine par placenta acreta à 22^{ème} semaines de la grossesse Journal Gynéc.Obst. Biol. Rprod. 1988 ; 17. 5 :646

VELIRANO

Eto anatrehan'ny ZANAHARY, eto anoloan'ireo Mpampianatra ahy , sy ireo Mpiaara-mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity, ary eto anatrehan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo ampanatontosana ny raharaha-pitsaboana.

Ho tsaboiko maimaimpoana ireo ory, ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samy irery ireo tsiambaratelo aboraka amiko, ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoafady na hanamoràna famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalànan'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo Mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.Ho rakotra henatra sy horabirabian'ireo Mpitsabo namako kosa anie aho raha mivadika amin'izany.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de thèse
Professeur **RAKOTOVAO Joseph Dieudonné**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine
d'Antananarivo Professeur
RAJAONARIVELO Paul

Name :RAKOTORAHALAHY Jean René

Title “ Epidemiological aspect of the uterine rupture at Befelatanana’s Maternity during the yaer 2001”

Number of pages : 58

Number of schemas : 04

Number of figures: 17

Number of annexes : 01

Number of tables: 16

Number of bibliography referency : 38

Rubric : Public health

ABSTRACT

Uterine rupture is one of the pregnancy and the lying complications. In Madagascar, it remains like public health problem. Our survey is a retrospective work onto 18 cases about the uterine rupture upon 5422 lying recorded at the CHUA in Befelatanana’s Maternity during the yaer 2001.

The global frequency is 0,33%. To the multipareous ,it is up to 44%. 33% of the patientes are taken to be ocytocines . Uterine rupture happens namely on the healthy uterus due to homely lying temptation . Numereous women are not conviced to the CPN . Maternal-foetal pronostic remains dork: 6 maternal draths and 16 foetal deaths . The subtotal hysterectomy is a principal therapeutic scorge.

Hence prophylaxy occupies a wide space to reduce its frequency . And as lik advices, we suggest the population conscientisation to be conscions upon the CPN with its importence, contraception vulgarisation, health infrastructures promotion, continuous formation and recyclage of the health sector’s personnal and the struggle about analphabetisme and by the way, with the sanitary responsables collaboration , the whole population, and polticians

Key words : Inferior segment, cicatrical uterus, rupture, hysterectomy, hysterorraphy

Director of thesis: Professeur RAKOTOVAO Joseph Didonné

Thétis reporter : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

Athor address : Bloc 45 B 1 C.U Ambohipo ANTANANARIVO (101) or

Vinany Mahazoarivo FANDRIANA (308)

Nom : RAKOTORAHALAHY

Prénoms : Jean René

Titre de Thèse : « L'Aspect épidémiologie de la rupture utérine au CHUA Maternité de Befelatanana durant l'année 2001 »

Nombre des pages : 58

Nombre des schémas : 04

Nombre des tableaux : 16

Nombre d'annexe : 01

Nombre des Figures : 17

Nombre des références bibliographie : 38

Rubrique : Santé publique

RESUME

La rupture utérine est une des complications de la grossesse et de l'accouchement. A Madagascar elle reste comme un problème de santé publique.

Notre travail est une étude rétrospective portant sur 18 cas de rupture utérine sur 5422 accouchements enregistrés au CHUAmaternité de Befelatanana durant l'année2001.

La fréquence globale est de 0,33%. Chez les multipares elles sont de 44% Les 33% des patientes sont pris d'ocytocine. La rupture utérine survient surtout sur l'utérus sain due à la tentative d'accouchement à domicile. Beaucoup des femmes ne sont pas assidues les CPN. Le pronostic foeto-maternel reste sombre 6 décès maternel et 16 décès fœtales. L'hystérectomie subtilement est la principale sanction thérapeutique

En conséquence, la prophylaxie occupe une grande place pour réduire sa fréquence et comme suggestions nous, proposons la conscientisation de la population pour être assidues à la CPN avec son importance, la vulgarisation de la contraception , l'amélioration des infrastructures sanitaire , la formation et recyclage continue du personnel de santé ainsi que la lutte contre l'analphabétisme de la population., enfin la collaboration entre les responsable de santé, la population entière, et les politiciens.

Mots clés : segment inférieur, utérus cicatriciel, rupture, hystérectomie ,hystérorraphie

Directeur de Thèse : Professeur RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

Rapporteur de Thèse : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

Adresse de l'Auteur : BLOC 45 B 1 C. U Ambohipo ANTANANARIVO(101)

Vinany Mahazoarivo FANDRIANA(308)