

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Coupe para médiane du bassin : utérus gravide .....	5
<b>Figure 2</b> : Carte administrative de la région de Kolda .....	17
<b>Figure 3</b> : Répartition des patientes selon le mode d'admission.....	22
<b>Figure 4</b> : Répartition des patientes selon l'état de l'utérus .....	23
<b>Figure 5</b> : Répartition des patientes selon le siège de la rupture.....	24
<b>Figure 6</b> : Répartition des patientes selon le type de chirurgie .....	25

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I</b> : Répartition des patientes selon l'âge .....	21
<b>Tableau II</b> : Répartition des parturientes selon la parité.....	21
<b>Tableau III</b> : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN .....	22
<b>Tableau IV</b> : Répartition des patientes selon l'état de l'utérus .....	23
<b>Tableau V</b> : Répartition des parturientes selon la taille de la rupture.....	24
<b>Tableau VI</b> : Répartition des parturientes selon le pronostic materno fœtal .....	25

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>PREMIERE PARTIE</b> .....	4
<b>I. GENERALITES</b> .....	5
1. Définition.....	5
2. Anatomie .....	5
3. Physiologie de l’utérus gravide .....	6
4. Physiopathologie des ruptures utérines .....	6
5. Anatomie pathologie des ruptures utérines pendant la grossesse .....	7
5.1. Siège .....	7
5.2. Direction.....	8
5.3. Aspect des Berges .....	8
6. Facteurs de risque de la rupture utérine .....	8
6.1. Facteurs de risque liés à la patiente et à ses antécédents .....	8
6.1.1. Age .....	8
6.1.2. Indice de Masse Corporelle.....	9
6.1.3. Antécédents médicaux.....	9
6.1.4. Malformations utérines .....	9
6.1.5. Gestité et parité.....	9
6.2. Facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux .....	9
6.2.1. Antécédent de cicatrice utérine .....	9
6.2.2. Intervalle intergénésiq ue .....	9
6.2.3. Nombre de césariennes.....	10
6.2.4. Type d'incision de la césarienne antérieure.....	10
6.2.5. Suites opératoires de la césarienne antérieure.....	10
6.3. Facteurs de risque liés à la grossesse actuelle.....	10
6.4. Facteurs de risques liés au travail et à l’accouchement ainsi qu’aux pratiques professionnelles .....	10
6.4.1. Dystocie.....	10
6.4.2. Déclenchement .....	10
6.4.3. Poids de naissance (PN) du nouveau-né .....	11
7. Etude clinique.....	11
7.1. Tableau Clinique .....	11
7.1.1. Rupture d’un utérus sain au cours d’un travail dystocique.....	11
7.1.2. Rupture d’une cicatrice de césarienne.....	11

7.2. Pronostic materno-foetal .....	12
8. Prise en charge.....	13
8.1. Mesures de réanimation .....	13
8.2. Traitement chirurgical .....	14
<b>DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE .....</b>	<b>15</b>
1. Objectifs .....	16
2. Cadre d'étude .....	16
2.1. Région de Kolda.....	16
2.2. Centre Hospitalier régional de Kolda.....	17
2.2.1. Service de Gynécologie-Obstétrique.....	17
2.2.2. Bloc opératoire .....	18
2.2.3. Personnel de la Maternité.....	18
2.2.4. Activités.....	18
3. Patientes et méthode.....	18
3.1. Type d'étude.....	18
3.2. Critères d'inclusion .....	19
3.3. Critères de non inclusion.....	19
3.4. Paramètres étudiés.....	19
3.5. Définition des concepts .....	19
3.6. Recueil de données.....	20
3.7. Analyse des données .....	20
4. RESULTATS .....	21
4.1. Effectifs .....	21
4.2. Age .....	21
4.3. Parité.....	21
4.4. Suivi des grossesses .....	21
4.5. Provenance d'évacuation des patientes.....	22
4.6. Antécédents chirurgicaux.....	22
4.7. Diagnostic.....	23
4.8. Type de Rupture .....	23
4.9. Prise en charge.....	24
4.10. Pronostic materno foetal .....	25
5. Discussion .....	26
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>28</b>
<b>REFERENCES .....</b>	<b>31</b>

# **INTRODUCTION**

Dans de très nombreux pays en voie de développement ; particulièrement en Afrique un très grand nombre de femmes accouche dans des conditions extrêmement précaires du fait d'une inaccessibilité financière et géographique.

La rupture utérine est l'une des principales causes de mortalité maternelle en Afrique. Dans la population générale, l'incidence de la rupture utérine a été estimée de 5 à 6/10 000. Cette incidence était moindre (1,9/10 000) dans une étude nationale prospective conduite au Royaume-Uni entre 2009–2011 où la définition de la rupture était clairement limitée aux ruptures complètes symptomatiques. [33]

L'étude de la littérature a été limitée aux études issues des pays développés car la fréquence et les conditions de survenue de la rupture utérine dans les pays à ressources limitées sont très différentes et non transposables [31]. Une des difficultés réside dans l'hétérogénéité des définitions de la rupture utérine selon les études, certaines incluant les déhiscences ou les ruptures asymptomatiques, sans que les critères soient toujours explicités.

En l'absence de cicatrice utérine, le risque de rupture utérine symptomatique semble très faible dans les pays développés, estimé de façon globalement concordante entre 0,3 et 0,8 pour 10 000 accouchements par trois études en population conduite aux États-Unis, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. L'utérus cicatriciel est le principal facteur de risque de rupture utérine dans ces pays.

Ainsi, au moins 90 % des ruptures surviennent sur utérus cicatriciel [31].

Si elle est devenue exceptionnelle en occident grâce à la surveillance clinique et électronique du travail, d'accouchement et aux mesures prophylactiques au cours de la grossesse, son incidence reste élevée dans les pays en développement. En Afrique et singulièrement en Afrique au sud du Sahara, la rupture utérine reste encore une des préoccupations essentielles de l'obstétricien, où son incidence varie de 0,25 à 2,33 % accouchements [6,15,31]. Au Sénégal son incidence est de 0,66%.

Au Sénégal, la rupture utérine était constatée une fois sur 51 interventions soit un pourcentage de 1, 87 en 1992 contre 1/53 soit 1,94% en 1996. [34]

Notre travail a été mené dans le but d'évaluer les ruptures utérines dans la maternité du centre hospitalier de Kolda.

Notre objectif général était de :

- Etudier la rupture utérine au centre hospitalier régional de Kolda.

Nos objectifs spécifiques étaient de :

- Déterminer la fréquence des ruptures utérines ;
- Etudier les caractéristiques socio -économiques des patientes ;
- Analyser les aspects cliniques de la rupture utérine ;
- Analyser la prise en charge ;
- Evaluer le pronostic materno-fœtal.

Rapport-Gratuit.com

# **PREMIERE PARTIE**

## I. GENERALITES

### 1. Définition

Selon Laffont et Bonafos, la rupture utérine se définit comme étant « toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus gravide plus ou moins étendue complète ou incomplète, localisée le plus souvent au segment inférieur, et parfois au corps, réalisant une brèche spontanée ou provoquée, et de dedans en dehors » [31].

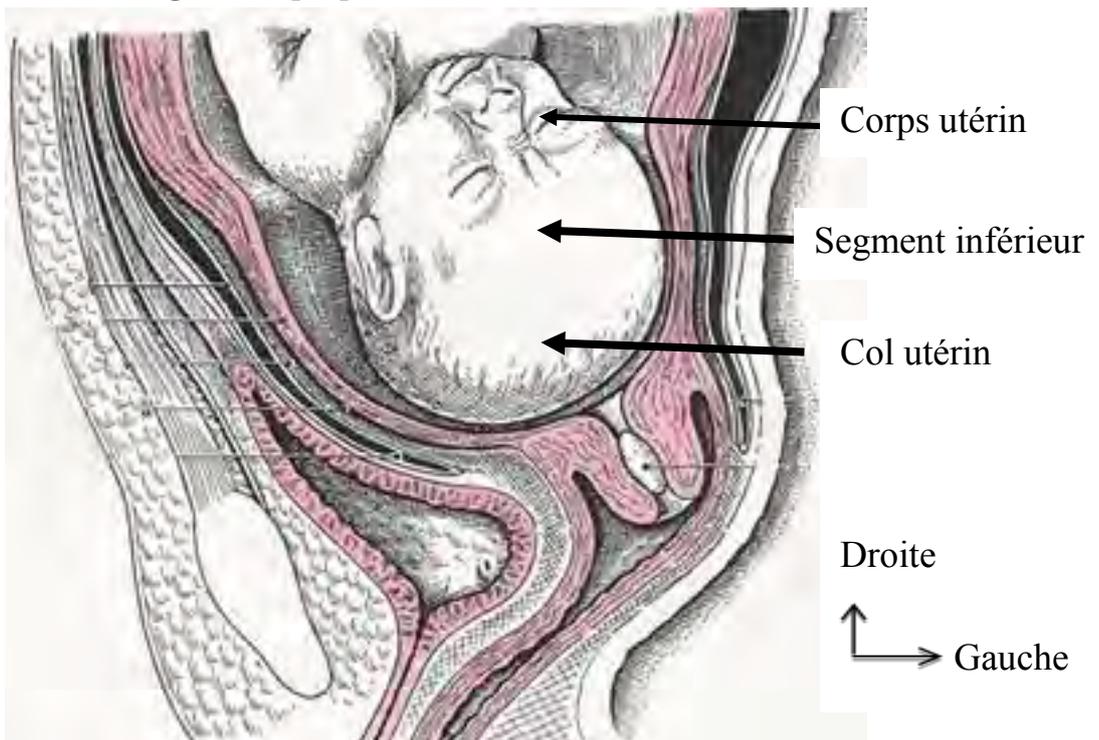
Cette définition permet d'éliminer d'emblée :

- \* Les plaies utérines exceptionnelles résultant d'un traumatisme externe ;
- \* Les perforations dues aux manœuvres abortives ;
- \* Les déchirures ou autres lésions limitées au col utérin.

Il s'agit d'une urgence chirurgicale majeure mettant en jeu aussi bien le pronostic vital foetal que maternel.

### 2. Anatomie

-Anatomie de l'utérus gravide [31]



**Figure 1** : Coupe para médiane du bassin : utérus gravide [31]

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

Du 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.

### **3. Physiologie de l'utérus gravide**

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 et l'accommodation foeto-pelvienne [33].

### **4. Physiopathologie des ruptures utérines**

A ce jour, deux théories sont admises par la plupart des auteurs [33].

#### **• La théorie de BANDL**

Cette théorie explique surtout les ruptures utérines par dystocie osseuse. 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 fœtale in utero, puis à la rupture utérine proprement dite [33].

#### **• 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 fœtal et l'autre par la paroi pelvienne.

Au fur et à mesure que le travail progresse l'étai se resserre puis, lorsque que la pression devient trop forte, apparait 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 selon laquelle le segment inférieur, était tirailé 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.

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.

## **5. Anatomie pathologie des ruptures utérines pendant la grossesse**

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.

### **5.1. Siège [33]**

Deux grands groupes se distinguent : les ruptures utérines segmentaires et les ruptures utérines corporéales.

#### **• Ruptures utérines segmentaires**

Elles sont de loin les plus fréquentes. Elles peuvent être 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.

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

- **Ruptures utérines corporéales**

Elles sont plus rares ; le plus souvent complètes, les ruptures utérines intéressent les trois tuniques muqueuse, musculaire, séreuse. Elles sont très souvent le fait d'une cicatrice antérieure : une hystérotomie, un curetage trop appuyé après avortement, une myomectomie.

- **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.

## **5.2. Direction**

Elle peut être :

- longitudinale ;
- oblique ;
- transversale ;
- 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.

## **5.3. Aspect des Berges**

Ils sont variables. Les bords sont souvent effilochés, contuse. L'artère utérine est parfois intéressée. Les lésions peuvent avoir les bords frais, c'est le cas des désunions le plus souvent ou des ruptures assez récentes.

## **6. Facteurs de risque de la rupture utérine**

### **6.1. Facteurs de risque liés à la patiente et à ses antécédents**

#### **6.1.1. Age**

La rupture utérine peut survenir à tout âge chez la femme enceinte.

L'influence de l'âge maternel sur les ruptures utérines est controversée.

Shipp et al ont montré que les risques de rupture utérine étaient plus élevés chez les femmes âgées de plus de 30 ans [34].

Au contraire Guyot et al ne retrouvaient aucune association significative entre l'âge maternel et le risque de rupture utérine [18].

### **6.1.2. Indice de Masse Corporelle (IMC)**

Une cohorte prospective américaine, comparant les patientes avec un IMC inférieur à 40 et supérieur à 40 ne retrouvait pas significativement plus de rupture utérine complète en cas d'obésité morbide ( $p = 0.12$ ) [20].

### **6.1.3. Antécédents médicaux**

Le CNGOF ne considère pas le diabète, antérieur à la grossesse ou gestationnel comme un facteur de risque de rupture (NP3) [8]. L'HTA n'est pas étudiée dans les RPC de 2012 du CNGOF.

### **6.1.4. Malformations utérines**

En cas de malformations utérines, le risque de rupture utérine semble possible [32].

### **6.1.5. Gestité et parité**

Selon le CNGOF, la grande multiparité semble associée à une diminution des ruptures utérines (NP3) [8].

## **6.2. Facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux**

### **6.2.1. Antécédent de cicatrice utérine**

De nombreuses études concordent et retrouvent l'antécédent de césarienne comme le principal facteur de risque de la rupture utérine.

En effet, le risque de rupture utérine est multiplié par 40 en cas d'antécédent de césarienne, selon l'étude suédoise de cohorte menée auprès de 300 200 femmes par Kaczmarczyk [21].

### **6.2.2. Intervalle intergénésiq**

Un délai court entre la césarienne antérieure et une nouvelle grossesse pourrait entraîner une altération de la cicatrisation des tissus.

Esposito et al ont retrouvé qu'un intervalle inférieur à 6 mois entre la césarienne antérieure et le début d'une nouvelle grossesse, donc un intervalle inférieur ou égal à 15 mois entre les deux naissances augmentait significativement le risque de rupture utérine (OR 3.92 ; IC 95% 1.09-14.3 ;  $p = 0.05$ ) [13].

### **6.2.3. Nombre de césariennes**

Caughey évoquait un risque de rupture multiplié par 5 lorsqu'une patiente avait déjà eu deux césariennes en comparaison aux patientes ayant eu une seule césarienne antérieure dans son étude menée à Boston pendant 12 ans (OR 4.8 ; IC 95% 1.8-13.2) [5].

### **6.2.4. Type d'incision de la césarienne antérieure**

L'incision corporéale exposerait plus à une rupture utérine qu'une incision segmentaire [8]

### **6.2.5. Suites opératoires de la césarienne antérieure**

Une infection post-césarienne et, plus particulièrement, une endométrite pourrait entraîner une mauvaise cicatrisation et entraîner par la suite une augmentation du risque de rupture utérine lors d'une future grossesse [34].

## **6.3. Facteurs de risque liés à la grossesse actuelle**

Les présentations dystociques semblent favoriser la rupture selon l'étude de Dror [12].

## **6.4. Facteurs de risques liés au travail et à l'accouchement ainsi qu'aux pratiques professionnelles**

### **6.4.1. Dystocie**

Une étude parisienne comparant des femmes avec des ruptures utérines et des femmes sans rupture, a retrouvé aussi une augmentation des ruptures utérines en cas de travail long ainsi que d'une stagnation de la dilatation de plus de deux heures ( $p < 0.01$  pour les deux) [18]. En revanche, si la population prise en compte ne concernait que les épreuves du travail sur les utérus cicatriciels, soit 21 ruptures au lieu de 36, les résultats n'étaient alors plus significatifs.

Les études ne sont pas en accord mais il faut donc rester prudent en cas de stagnation ou de travail long sur un utérus cicatriciel.

### **6.4.2. Déclenchement**

Deux études ont retrouvé une association significative du risque de rupture et du travail déclenché sur des utérus cicatriciels.

La première portant sur 2 774 femmes porteuses d'un utérus cicatriciel, retrouvait au total 29 ruptures avec un taux de 0.7% lors d'un travail spontané et 2.3% lors d'un déclenchement ( $p = 0.001$ ) [37].

La seconde retrouvait un taux de 0.4% de rupture utérine en cas de travail spontané et 1% en cas de déclenchement ( $p < 0.001$ ), sur un total de 11 393 femmes porteuses d'un utérus cicatriciel [25].

### **6.4.3. Poids de naissance (PN) du nouveau-né**

La macrosomie est un risque de sur distension utérine et peut donc augmenter le risque de rupture utérine.

## **7. Etude clinique**

### **7.1. Tableau Clinique**

On opposera schématiquement 2 tableaux cliniques distincts : l'un survenant sur utérus sain qui est caractéristique ; l'autre, plus insidieux, en cas de rupture survenant le plus souvent sur une cicatrice de césarienne.

#### **7.1.1. Rupture d'un utérus sain au cours d'un travail dystocique**

C'est un tableau typique bien connu dans les pays en voie de développement et de nos aïeux.

La pré rupture est caractérisée par le syndrome de Bandl-Frommel (les signes de lutte utérine au cours d'un travail prolongé). On observe une hypercinésie avec un mauvais relâchement utérin puis une hypertonie avec rétraction du corps utérin. L'utérus prend une forme de sablier du fait de l'ascension de l'anneau de rétraction (anneau de Bandl). On note une tension douloureuse des ligaments ronds et la présence d'un œdème sus- pubien.

Les douleurs sont intenses et continues ; elles provoquent l'agitation maternelle. La souffrance fœtale est constante.

Au moment de la rupture utérine, les douleurs s'amendent brusquement provoquant une fausse impression de soulagement. Les femmes ont parfois une sensation d'écoulement intra-abdominal de liquide tiède. Les signes de choc hémodynamique apparaissent ; au niveau abdominal, les contours normaux de l'utérus disparaissent et le fœtus est palpé sous la peau. La présentation fœtale ascensionne ou disparaît. L'hémorragie vaginale est généralement modérée [23].

L'atteinte cervicale est plus fréquente chez les femmes qui ont un utérus sain qu'en cas d'utérus cicatriciel [29].

#### **7.1.2. Rupture d'une cicatrice de césarienne**

Le tableau clinique est nettement moins franc. La pré rupture est caractérisée par le syndrome de Chastrusse :

- Une douleur exquise, provoquée dans le flanc ou sur le bord de l'utérus, à la pression du segment inférieur ;
- Métrorragie minime ;
- Œdème sus-pubien ;
- Parfois, une souffrance fatale sans cause apparente qui doit faire rechercher une déhiscence utérine ;
- Au toucher vaginal, la dilatation cervicale est stagnante.

Les anomalies du rythme cardiaque fœtal constituent le signe le plus fréquent [26]. Elles sont retrouvées dans environ 60 % des cas [23].

La douleur est segmentaire, insidieuse au niveau de la cicatrice de césarienne ; elle persiste malgré l'analgésie péridurale. L'injection répétée de bolus d'anesthésie péridurale peut-être un signe d'appel clinique de rupture utérine [4].

Les métrorragies sont en quantité variable. Elles sont plus fréquemment retrouvées en cas d'extériorisation complète du fœtus dans la cavité abdominale ; elles constituent un signe de gravité [26].

L'apparition d'une hématurie est un signe de plaie vésicale.

Parfois, la rupture utérine est asymptomatique pendant le travail et le diagnostic est fait après l'accouchement lors d'une révision utérine réalisée pour une hémorragie. [36].

## **7.2. Pronostic materno-fœtal**

L'aspect le plus dramatique de la rupture utérine est son caractère foeticide. Le CNGOF retrouve une mortalité périnatale de l'ordre de 3 à 6 % à terme suite à une rupture utérine [8]. Dans les 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. Selon les RPC du CNGOF de 2012 entre 6 et 15% des naissances étaient concernées par le diagnostic d'asphyxie suite à une rupture utérine [8].

Pour les enfants vivants qui ont le plus souvent souffert, une surveillance post-natale s'impose à la recherche des troubles cérébro-moteurs.

Le pronostic maternel comporte tout de même une énorme mortalité dans les régions à grand rationnement rurales : le décès peut survenir dans les heures qui suivent la rupture par hémorragie surtout en cas d'atteinte pédiculaire.

La morbidité est caractérisée par le risque de septicémie qui est une issue fatale, ou les fistules vésico-vaginales qui posent de sérieux problèmes sociaux mais aussi à l'anémie et les maladies thrombo emboliques.

La morbidité maternelle s'élève à 15% d'après le CNGOF [8].

En résumé, le pronostic fœtal est toujours sombre, le pronostic maternel toujours sérieux [4, 19].

## **8. Prise en charge**

La rupture utérine est une urgence obstétricale. Le traitement chirurgical est urgent en cas de rupture. Il est associé à une réanimation maternelle.

### **8.1. Mesures de réanimation**

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. Le rétablissement de la circulation périphérique et de la volémie est l'objet principal du traitement.

Le remplissage vasculaire doit être débuté le plus précocement possible sur deux cathéters veineux périphériques courts et de gros calibres. Les solutés de remplissage utilisés sont principalement des cristalloïdes ou des colloïdes de synthèse. Les produits sanguins labiles sont réservés au choc hémorragique.

L'administration de produits sanguins labiles est souvent nécessaire. Certaines circonstances obligent à des perfusions massives et rapides. Il faut alors recourir à plusieurs voies veineuses, au besoin après dénudation.

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.

## **8.2. Traitement chirurgical**

On réalisera une laparotomie médiane sous-ombilicale ou une incision de Pfannenstiel en fonction du degré d'urgence. Après l'extraction du fœtus et ses annexes, l'extériorisation de l'utérus permet un bilan lésionnel complet. On vérifie leur siège, leur aspect et l'extension éventuelle vers le col, le vagin, et la vessie, ainsi que l'intégrité des pédicules utérins. En fonction de ces constatations et de l'état maternel, on optera pour une suture conservatrice utérine ou l'hystérectomie. Après excision des berges scléreuses ou contuses, la suture utérine se fait au fil résorbable en un plan au niveau du segment inférieur. Au niveau corporel, Plusieurs plans peuvent être nécessaires. Si elle est nécessaire, l'hystérectomie sera au mieux totale pour permettre le sauvetage maternel et en l'absence de lésions cervicales, il faut parfois se contenter uniquement d'une hystérectomie subtotalaire. La conservation ovarienne est la règle sauf s'il existe un hématome important du ligament large qui infiltre le mésovarium. Une ligature de trompes est souvent réalisée dans les pays en voie de développement pour éviter une récurrence lors d'une grossesse ultérieure dont les conséquences peuvent être catastrophiques. La ligature des artères hypogastriques peut s'avérer nécessaire si l'hémorragie n'est pas contrôlée et si les troubles hémodynamiques maternels ne sont pas contrôlés. En cas de plaie vésicale, la vessie est suturée par des fils résorbables et la sonde vésicale est gardée jusqu'au dixième jour post-opératoire [23]. Dans certains cas, il est nécessaire de réinstaller la patiente en position gynécologique pour réparer les lésions cervicales voire vaginales par voie basse.

## **DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE**

## **1. Objectifs**

- Dresser le profil épidémiologique des patientes ayant fait une rupture utérine.
- Décrire les aspects diagnostiques pronostiques et thérapeutiques des ruptures utérines.

## **2. Cadre d'étude**

Notre étude a pour cadre la maternité de l'hôpital régional de Kolda.

### **2.1. Région de Kolda**

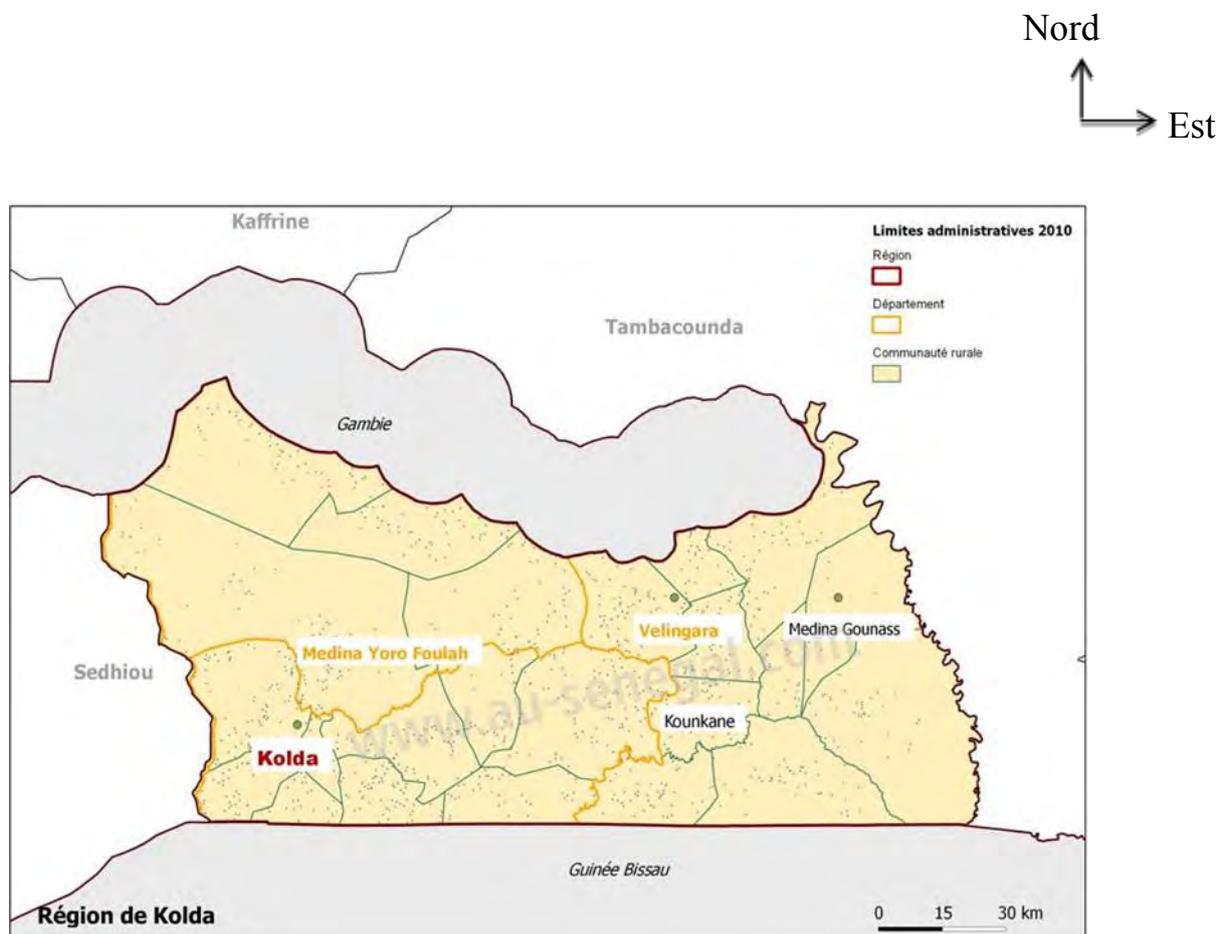
La région de Kolda, dans sa configuration actuelle, est créée par la loi 2008-14 du 18 mars 2008 modifiant les articles premier et deuxième de la loi n° 72-02 du 1er février 1972 relative à l'organisation de l'Administration territoriale. Elle s'étend sur une superficie de 13721 km<sup>2</sup> soit 7% du territoire national. Elle est limitée au nord par la Gambie, à l'est par la région de Tambacounda, à l'ouest par la région de Sédhiou et au sud par la Guinée Bissau et la Guinée Conakry (figure 2). Sa position de région frontalière à trois pays, lui confère un potentiel géostratégique énorme dans les dynamiques économiques, sociales et culturelles de la sous-région.

La région est composée de trois départements : Kolda, Médina Yoro Foula et Vélingara. Le département de Vélingara est le plus vaste avec 40% de la superficie régionale, suivi de Médina Yoro Foula avec 34% et de Kolda 26%.

Le recensement général de la population et de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage de 2013 a estimé la population de la région de Kolda à 662 455 habitants (4,9 % de la population du Sénégal), avec un taux d'accroissement intercensitaire de 3%. Le milieu rural compte 492 818 habitants alors que le milieu urbain n'en compte que 169 637. Ce résultat montre que la population de la région de Kolda est majoritairement rurale. La densité de la population est de 48,28 habitants au km<sup>2</sup>.

L'économie régionale est dominée par l'agriculture et l'élevage. Les Peulhs sont avec la présence des mandings, des largement majoritaire.

La région connaît toujours des insuffisances dans la prise en charge sanitaire de sa population. La carte sanitaire est composée d'un (1) hôpital, 4 centres de santé, 43 postes de santé complets (avec maternité), 181 cases de santé fonctionnelles, 2 dispensaires privés catholiques, 2 dispensaires privés, 10 cabinets privés, 2 cliniques et 1 maternité privée. Le nombre de personnel spécialisé est très faible. Environ la région compte un médecin pour 66 246 habitants, une sage-femme pour 1429 femmes en âge de procréer et un gynécologue pour 327 437 femmes.



**Figure 2** : Carte administrative de la région de Kolda

## 2.2. Centre Hospitalier régional de Kolda

L'hôpital comprend plusieurs services qui abritent des spécialités médico-chirurgicales : la chirurgie générale, la gynécologie-obstétrique, la médecine interne, l'anesthésie-réanimation, la pédiatrie et le service d'accueil des urgences (SAU).

### 2.2.1. Service de Gynécologie-Obstétrique

Il comprend :

- une salle d'accouchement avec trois tables ;
- une salle de travail d'une capacité de quatre lits ;
- une unité d'hospitalisation avec douze salles d'une capacité totale de 30 lits ;

- une salle de garde pour les sages-femmes ;
- une salle de pansement ;
- un bureau du Chef de Service ;
- un bureau du médecin Gynécologue-Obstétricien adjoint et,
- un bureau de la maîtresse sage-femme.

### **2.2.2. Bloc opératoire**

Le bloc opératoire compte 3 salles dont une pour les urgences gynécologiques et obstétricales, une pour la chirurgie propre et une pour la chirurgie septique.

### **2.2.3. Personnel de la Maternité**

Le personnel du Service de Gynécologie-Obstétrique est composé :

- d'un Gynécologue-Obstétricien ;
- de huit sages-femmes d'Etat ;
- d'une assistante infirmière ;
- et de six matrones.

### **2.2.4. Activités**

Le service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier Régional de Kolda a une double vocation de soins et de formation. Il assure des prestations de soins de consultations prénatales, de consultations gynécologiques, d'échographie et de planification familiale tous les jours ouvrables de la semaine. L'activité de chirurgie gynécologique et obstétricale programmée se déroule une fois par semaine au bloc opératoire central.

Les urgences gynécologiques et obstétricales y sont prises en charge 24 heures sur 24. Une réunion du staff s'y tient tous les matins à 9 heures. Il regroupe tout le personnel de la maternité et elle est dirigée par le Chef de Service.

Les activités de formation se résument à l'encadrement des élèves sages-femmes et infirmiers d'Etat, des étudiants en médecine et médecins en spécialisation en Gynécologie-Obstétrique pour leur stage rural.

## **3. Patientes et méthode**

### **3.1. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive allant du 1er Janvier 2006 au 31 Décembre 2016 mené au Centre Hospitalier Régional de Kolda (niveau 2).

### **3.2. Critères d'inclusion**

Nous avons inclus dans notre étude tous les cas de rupture utérine évacués ou découverts dans le service quel que soit la voie d'accouchement.

### **3.3. Critères de non inclusion**

Ont été exclues de l'étude, toutes les déchirures du col ne se propageant pas à l'utérus, ou celles consécutives à une manœuvre abortive.

### **3.4. Paramètres étudiés**

Les données ont été recueillies dans les dossiers médicaux des patientes puis saisis avec le logiciel Excel. L'analyse statistique des résultats a été réalisée avec le logiciel Epi-info et le logiciel SPSS.

Ainsi les paramètres suivants ont été étudiés : l'âge, la parité, le mode d'admission, l'existence ou non de cicatrice utérine, le terme de la grossesse, le mode d'entrée en travail, les anomalies pendant le travail, les causes de dystocie, les complications materno fœtales et les aspects thérapeutiques.

### **3.5. Définition des concepts**

- Primigeste : femme qui a fait une grossesse
- Pauci geste : femme qui a fait 2 à 3 grossesses
- Multigeste : femme qui a fait 4 à 6 grossesses
- Grande multigeste : femme qui a fait plus de 6 grossesses
- Nullipare : femme qui n'a jamais accouché
- Primipare : femme qui a accouché une seule fois
- Paucipare : femme qui a accouché 2 à 3 fois
- Multipare : femme qui a accouché 4 à 6 fois
- Grande multipare : femme qui a accouché plus de 6 fois
- Facteur de risque : un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui s'il est présent, indique que cette grossesse à des risques d'évoluer vers une complication.
- Venue d'elle-même : C'est une patiente qui consulte d'elle-même dans la structure.
- Référence : c'est l'orientation vers un centre spécialisé d'une patiente présentant une pathologie dont le traitement dépasse les compétences de la structure où l'on exerce.

- Evacuation : c'est le transfert vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans le post-partum.

### **3.6. Recueil de données**

Pour chaque cas, une fiche d'enquête était remplie comportant les rubriques suivantes :

- données sociodémographiques;
- Antécédents;
- qualité et nombre consultation prénatales;
- état à l'admission;
- motifs d'évacuation;
- moyens de transport;
- personne ayant décidé de l'évacuation;
- diagnostic à l'admission;
- issue de la grossesse;
- lieu de l'accouchement;
- complications et traitement;
- délai et cause de décès;
- état du nouveau-né.

### **3.7. Analyse des données**

La saisie des données était réalisée à l'aide du logiciel Excel.

L'exploitation et l'analyse étaient réalisées grâce aux logiciels Epi Info et SPSS. Pour l'analyse bivariée, les tests chi<sup>2</sup>, ont été utilisés selon leur applicabilité. La signification de l'association était alors vérifiée en utilisant le test de chi<sup>2</sup> et la valeur seuil pour le p était 0,05.

## 4. RESULTATS

### 4.1. Effectifs

Durant cette étude menée pendant une période de 11 ans, 15343 accouchements étaient enregistrés et nous avons noté 86 cas de ruptures utérines soit une fréquence de 0,56%.

### 4.2. Age

L'âge moyen des patientes était de 24,9 ans avec des extrêmes de 15 et 40 ans. Plus d'une patiente sur trois (33.7%) avait moins de 20 ans (tableau I).

**Tableau I** : Répartition des patientes selon l'âge

Age	Nombre	Pourcentage
< 20 ans	29	33.7%
[20 - 30 ans]	34	39.5%
≥ 30 ans	23	26.7%
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>

### 4.3. Parité

La parité moyenne des cas était de 5,4 accouchements avec des extrêmes de 1 et 11 accouchements. Plus d'une patiente sur 2 avait accouché au moins 4 fois (51%) (tableau II).

**Tableau II** : Répartition des parturientes selon la parité

Parité	Effectifs	Pourcentage
<i>Primipares</i>	13	15.1 %
<i>Paucipares (2-3)</i>	29	33.8%
<i>Multipares (4-6)</i>	37	43%
<i>Grandes multipares (≥7)</i>	7	8.1%
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>

### 4.4. Suivi des grossesses

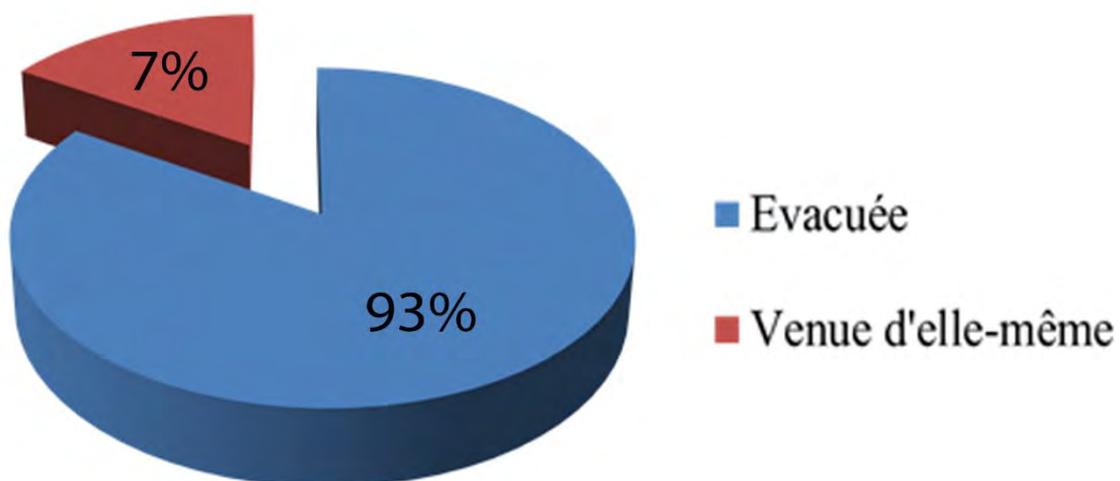
Six (6,9%) patientes n'ont jamais bénéficié de consultation prénatale(CPN), par contre seul 10,4% de nos patientes ont fait quatre CPN (tableau III).

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

Nombre CPN	Effectif	Fréquence (%)
0	06	6.9
1 à 3	71	82.5
≥4	09	10.4
Total	86	100

#### 4.5. Provenance d'évacuation des patientes

La presque totalité des patientes (93%) était évacuée dans la structure et ces dernières venaient de la région de Kolda (74,4%), de la région de Sédhiou (19,8%) et de la république de Guinée Bissau (5,8%) 5(figure3).



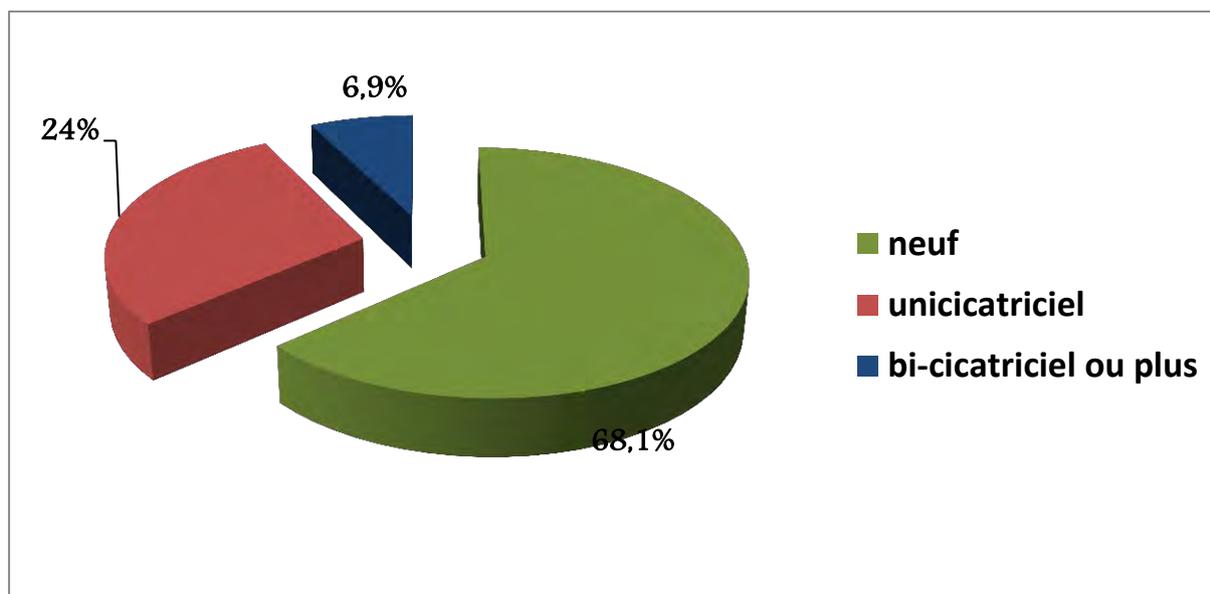
**Figure 3** : Répartition des patientes selon le mode d'admission

#### 4.6. Antécédents chirurgicaux

La rupture était survenue sur utérus neuf dans 68,1 % des cas alors que 6,9% des patientes étaient porteuses d'au moins deux cicatrices utérines (tableau IV).

**Tableau IV : Répartition des patientes selon l'état de l'utérus**

Etat de l'utérus	Nombre	Pourcentage
Utérus neuf	59	68.6%
Utérus unicatriciel	21	24.4%
Utérus bicatriciel ou plus	6	7%
Total	86	100%



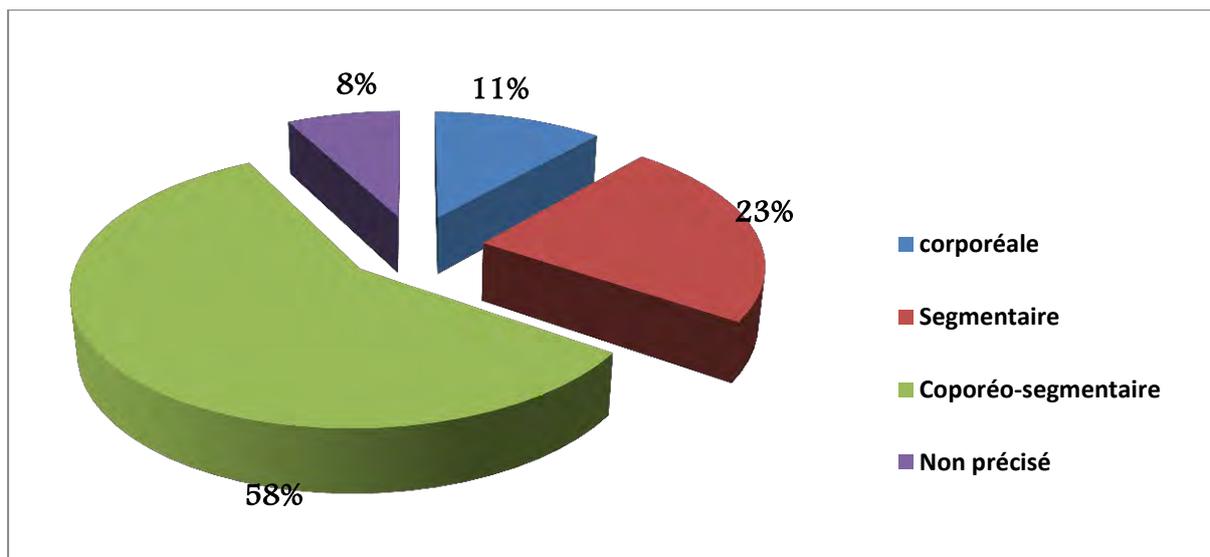
**Figure 4 : Répartition des patientes selon l'état de l'utérus**

#### **4.7. Diagnostic**

Le diagnostic de la rupture est fait sur un syndrome clinique évident dans 87,2% des cas, 6 cas découverts après l'accouchement au cours d'une révision utérine (6,9 %) pour rétention placentaire ou hémorragie de la délivrance, 5 cas de découverte fortuite (5,8 %) au cours d'une césarienne pour un autre motif obstétrical.

#### **4.8. Type de Rupture**

La rupture siégeait au segment inférieur dans 78% des cas, au niveau corporéal 12% et elle était complète chez 65%. Nous avons noté une désunion de cicatrice utérine 23% de nos patientes et la rupture a atteint les pédicules utérins dans 27,9% des cas (figure 5).



**Figure 5** : Répartition des patientes selon le siège de la rupture

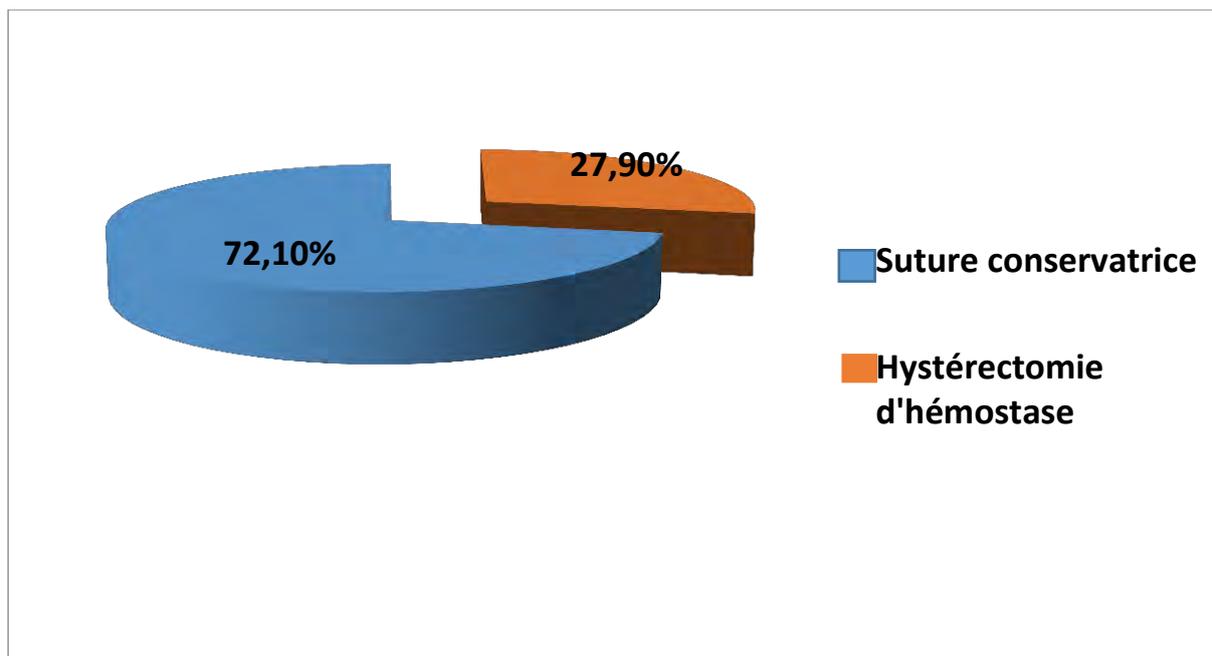
Une patiente sur trois présentait une rupture de plus de 7 à 10 cm (tableau V).

**Tableau V** : Répartition des parturientes selon la taille de la rupture

Taille de la rupture	Nombre	Fréquence
Non précisé	12	13,9 %
≤ 6 cm	23	26,7%
7 à 10 cm	<b>32</b>	<b>37,2%</b>
≥ 11cm	19	22,1%
Total	86	100%

#### 4.9. Prise en charge

La réanimation a été indispensable dans 83 % des cas, où il y a eu transfusion sanguine. Toutes les patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical. L'hystérectomie a été réalisée dans 24 cas (27,9%), la suture conservatrice a été faite chez 72,1% des patientes (figure 6).



**Figure 6** : Répartition des patientes selon le type de chirurgie

#### 4.10. Pronostic materno fœtal

Huit décès maternels étaient enregistrés (9,3%), alors que la mortalité périnatale s'élevait à 93% (tableau VI).

**Tableau VI** : Répartition des parturientes selon le pronostic materno fœtal

Pronostic		Nombre	Pourcentage
<b>Pronostic Maternel</b>	Décès	8	9.3%
	Anémie	31	36.3%
<b>Pronostic Fœtal</b>	Décès néonatal	80	93%
	Apgar $\leq 6$	6	7%

## 5. Discussion

La rupture utérine constitue un véritable baromètre dans la prise en charge des urgences obstétricales [8].

Au Sénégal, nous n'avons pas trouvé de statistique disponible à l'échelle nationale. Une étude réalisée en 2002 par CISSE dans un hôpital de Dakar a retrouvé un taux beaucoup plus important soit une fréquence de 2,2% [6]. La fréquence de la rupture utérine dans notre série était de 0,56%. Cette baisse du taux de rupture utérine dans notre centre, pourrait s'expliquer par l'amélioration de l'accessibilité aux soins probablement suite à la mise en place de la politique nationale de gratuité de la césarienne dans notre pays depuis 2012.

La rupture utérine est beaucoup plus fréquente en Afrique. Au Niger DIALLO a retrouvé une fréquence de 1,8% [9]. Ainsi Akpadza au Togo avait retrouvé un taux de 0,78% [3]. Au Bamako Dolo avait retrouvé un taux de 1.15% [11]. En Centrafrique Sépou avait retrouvé un taux de 0.6% [7].

Ceci peut s'expliquer par des conditions socio-économiques précaires, des niveaux de moindre surveillance médicale. En effet, c'est l'insuffisance de personnel qualifié et d'infrastructures sanitaires adéquates qui serait à l'origine des taux élevés de ruptures utérines.

Si cette complication gravissime est encore fréquente en Afrique, elle est devenue rare dans les pays industrialisés. En France, la fréquence de la rupture utérine varie de 1/1 000 à 1/2 000 accouchements [27,30]. Aux Etats Unis, elle était de 0,07% des accouchements en 2004 [17,28] et inférieure à 0,001 accouchements selon une autre étude publiée en 2005.

L'âge moyen de survenu de la rupture utérine dans notre série était de 24,9 ans, bien inférieur à ceux des pays développés. Cette disparité s'explique par un âge précoce au mariage au Sénégal plus particulièrement dans la région de Kolda.

La grande multiparité est généralement reconnue comme un des facteurs étiologiques associés à un risque élevé de rupture utérine sur un utérus non cicatriciel pendant le travail [6,22]. Dans notre série, la rupture utérine était survenue dans 54 cas (62,7%) chez des patientes qui avaient une parité supérieure 5 et un âge supérieur ou égal à 26 ans. L'âge maternel avancé est le plus souvent associé à une parité élevée. Cette multiparité se traduit par la notion traditionnelle de procréation ancrée dans nos sociétés, le niveau d'éducation et d'information, la difficulté d'accéder aux soins de planification familiale [3, 15,22].

Dans notre série, 30,1% des patientes avaient au moins une cicatrice utérine. La rupture utérine sur utérus cicatriciel est plus importante dans les pays développés tandis que dans les pays en développement, là où le taux de césarienne est encore bas, elle survient surtout sur un utérus sain [1,9,10]. La rupture spontanée d'un utérus non cicatriciel est devenue exceptionnelle dans les pays développés où sa fréquence est estimée entre 1/10 000 et 1/20 000 accouchements [27,28,30]. Les ruptures provoquées sont rares. Elles surviennent lors de l'usage abusif des utéro-toniques, des manœuvres obstétricales. L'utilisation inadéquate de l'ocytocique ou des prostaglandines de synthèse provoquent la déchirure du col, le plus souvent par l'hypertonie utérine et constitue donc un facteur étiologique de rupture utérine [30,35, 37].

Nous avons réalisé dans notre série 27,9% d'hystérectomie alors que dans les pays développés la presque totalité des patientes bénéficie d'une suture conservatrice. Notre attitude a tenu compte de certains paramètres à savoir l'étendue des lésions, l'atteinte des pédicules vasculaires, l'état de la berge.

En ce qui concerne le pronostic maternel, la mortalité dans notre série était de 9,3%. Nos résultats sont supérieurs à ceux des pays d'Afrique du nord où 7,1% de décès maternel était retrouvé par Ahmadi en Tunisie [2]. Parant en France a retrouvé un taux de mortalité maternelle lié à la rupture utérine de 0,07% [30].

Notre taux élevé s'explique par le manque de personnel qualifié et moyens de réanimation au Sénégal particulièrement à Kolda.

Par contre nos résultats sont superposables à ceux retrouvés dans les pays en développement qui varie de 4,7 à 11,1% [15, 31].

La rupture utérine est grevée d'une morbidité et d'une mortalité fœtale importante. Le taux de décès périnatal était de 93% dans notre série.

Dans les pays développés, la mortinatalité liée à la rupture est très basse. Ainsi l'étude nationale néerlandaise de Zwart retrouvait un taux de mortalité périnatale de 5,9% [38]. Les séries, moins nombreuses, ayant évalué la mortalité périnatale en cas de RU à terme ont retrouvé des taux moindres, entre 0 et 2,8%.

Dans les séries Africaines les chiffres étaient plus élevés avec un taux de mortalité très important. En Ethiopie, Gessesew et al. [16] et Dolo A et al. [11] ont trouvé un taux respectif de 98,1% et 95%.

La disparité de notre taux de décès périnatal à celle des pays développés est lié aux délais de prise en charge du fait de l'accès difficile des centres de références, à un mauvais suivi prénatal et un personnel qualifié insuffisant.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

La rupture utérine demeure une complication obstétricale grave grevée d'une morbimortalité maternelle et fœtale élevée. En effet elle représente un indicateur majeur du niveau de performance d'un système sanitaire. Seul un diagnostic précoce permet d'améliorer les pronostics vitaux maternel et fœtal.

Pour prévenir cet accident, Il est nécessaire d'avoir un personnel qualifié, suffisant et bien réparti sur tout le territoire national. La mise en place de protocole pour l'usage des médicaments en salle d'accouchement est indispensable.

C'est pourquoi nous allons formuler quelques recommandations:

- **A l'endroit des autorités :**

- Ouvrir des blocs opératoires pour les soins obstétricaux d'urgence au niveau des centres de santé dans la région de Kolda ;
- Formation des prestataires aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- Disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- L'élaboration d'une politique améliorant l'accès de la population aux soins, à l'alphabétisation et à l'instruction;
- L'amélioration du statut salarial et des conditions de travail du personnel médical et para médical pour une motivation optimale;
- L'équipement des centres de santé en matériels médicaux et de consommables
  - L'affectation des personnels qualifiés dans les centres de santé, les postes de santé et les hôpitaux ;
- Affectation d'un médecin anesthésiste-réanimateur au centre hospitalier régional de Kolda
- Lutter contre les mariages et grossesses précoces ;
- D'améliorer nos infrastructures routières;
- De créer un réseau de périnatalité entre les postes de santé, les centres de santé et l'hôpital de référence avec des moyens de communication, des possibilités de demande d'avis spécialisé par téléphone et de locomotion (ambulance) pour assurer une évacuation sanitaire optimale.
- L'intensification et la multiplication des IEC/ CCC en matière de contraception et de suivi de grossesse;
- L'élargissement des cibles des informations et d'accompagnement en matière de sexualité et de contraception vers les plus jeunes (collège et Lycée);
- L'amélioration de l'accès aux services de santé de la femme en matière de planning Familial et aux contraceptions mais également des suivies de grossesse ;

- L'affectation de personnel suffisant à chaque niveau pour une meilleure qualité de prestation et d'accueil;
- L'amélioration de notre plateau technique.

• **A l'endroit du personnel de santé :**

- Référer les patientes au moment opportun ;
- Insister auprès des prestataires du niveau périphérique sur l'intérêt d'appliquer le concept de consultation prénatale recentré avec entre autre la consultation prénatale du neuvième mois qui devrait permettre d'évaluer le pronostic de l'accouchement afin de référer les patientes à temps ;
- La sensibilisation du personnel soignant sur l'importance du rôle de chacun dans le système et la promotion de la prise en charge multidisciplinaire ;
- D'améliorer l'organisation des soins avec élaboration de protocole écrit pour faciliter et standardiser l'arbre décisionnel d'évacuation dans les centres de santé et les hôpitaux;
- L'intégration de personnels qualifiés dans toutes les disciplines et de promouvoir la Formation Médicale continue;

## **REFERENCES**

1. **Abdoufalah A, Abassi H, Morsad F, Matar N, El Mansouri A.** Les ruptures utérines durant l'épreuve du travail sur uterus cicatriciel : conséquences maternelles et périnatales. *Rev Gynécol Obstét* 2000;7:87-90.
2. **Ahmadi S, Nouria M, Bibi M, Boughuizane S, Saidi H, Chaib A, Khairi H.** Rupture utérine sur utérus sain gravide. À propos de 28 cas. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2003 ; 31 :713–717.
3. **Akpadza K, Baeta S, Hodonou AKS.** Fréquence et pronostic du centre hospitalier regional de Sokode (Togo). *Méd Afr Noire* 1996;43(11):592-95.
4. **Cahill AG, Odibo AO, Allsworth JE, Macones GA.** Frequent epidural dosing as a marker for impending uterine rupture in patients who attempt vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2010 :202:355.
5. **Caughey AB, Shipp TD, Repke JT, et al.** Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 1999;181(4):872 876.
6. **Cisse CT, Faye EO, De Bernis L, Diadhiou F.** Rupture utérine au Sénégal : épidémiologie et qualité de la prise en charge. *Méd Trop* 2002;62:619-22.
7. **Cissé M L, Sylla M A, Gaye A, Bâ-Guèye M, Guèye M, Diouf A, Moreau JC.** La rupture utérine en banlieue dakaroise (Sénégal). *Annales de la SOGGO* 2009;4(13):11-5.
8. **Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français.** Recommandations pour la pratique clinique, Accouchement en cas d'utérus cicatriciel. Paris; 2012.
9. **Diallo FB, Idi N, Vangeenderhuysen C, Barake D.** La rupture utérine à la maternité centrale de référence de Niamey (Niger). Aspects épidémiologiques et stratégies de prévention. *Méd Afr Noire* 1998;45(5): 310- 15.
10. **Diouf A, Dao B, Diallo D, Diadhiou F.** Les ruptures utérines au cours du travail en Afrique Noire. Expérience d'une maternité de référence à Dakar (Sénégal). *Médecine d'Afrique Noire*, 1995, 42 (11) 592-597.

11. **Dolo A, Keita B, Diabate FS, Maiga B.** Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 21 cas à l'hôpital national de point "G", Bamako. *Méd Afr Noire* 1991;38(2):133-34.
12. **Dror R, Arnon W, Ruslan S, et al.** Trends, risk factors and pregnancy outcome in women with uterine rupture. *Arch Gynecol Obstet.* 2012;285(2):317-321.
13. **Esposito M, Menihan C, Malee M.** Association of interpregnancy interval with uterine scar failure in labor: A case-control study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2000;183(5):1180-1183.
14. **Fitzpatrick K.E., Kurinczuk J.J., Alfirevic Z., Spark P., Brocklehurst P., Knight M.** Uterine rupture by intended mode of delivery in the UK: a national case-control study *PLoS Med* 2012 ; 9 : e1001184.
15. **Fofie CO, Baffoe P.** A two-year review of uterine rupture in a regional hospital. *ghana medical journal.* 2010;44(3) : 98-102.
16. **Gessesew A, Mengiste MM.** Ruptured uterus - Eight year retrospective analysis of causes and management outcome in Adigrat Hospital, Tigray region. *Ethiop J Health Dev* 2002;16 (3):241-45.
17. **Greene MF.** Vaginal birth after cesarean revisited. *N Engl J Med* 2004;351:2647-9.
18. **Guyot A, Carbonnel M, Frey C, et al.** Rupture utérine : facteurs de risque, complications maternelles et fœtales. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 2010;39(3):238-245.
19. **Hagneré P., Denoual I., Souissi A., Deswarte S.** Rupture utérine spontanée après myomectomie. A propos d'un cas et revue de la littérature. *J de Gynécol Obstet Biol Reprod* 2011; 40 : 162-165.
20. **Hibbard JU, Gilbert SM, Landon MB, et al.** Trial of Labor or Repeat Cesarean Delivery in Women With Morbid Obesity and Previous Cesarean Delivery. *Obstetrics & Gynecology.* 2006;108(1):125-133.

21. **Kaczmarczyk M, Sparen P, Terry P, et al.** Risk factors for uterine rupture and neonatal consequences of uterine rupture: a population- based study of successive pregnancies in Sweden. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2007;114(10):1208-1214.
22. **Khabbaz A, Usta I, El-Hajj M, Abu-Musa A, Seoud M, Nassar A.** Rupture of an unscarred uterus with misoprostol induction : case report and review of the literature. *J Matern Fetal Med* 2001;10:141-45.
23. **Kone M.** Ruptures utérines au cours de la grossesse. *Encyclopédie médico-chirurgicale. Obstétrique (5-080-A-10).*
24. **Kwee A, Bots ML, Visser GH, Bruinse HW.** Uterine rupture and its complications in.
25. **Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al.** Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med.* 2004;351(25):2581-2589.
26. **Leung AS, Farmer RM, Leung EK, Medearis AL, Paul RH.** Risk factors associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean delivery: a casecontrol study. *Am J Obstet Gynecol.* 1993 ;168:1358-63.
27. **Lopez E, Patkai J, El Ayoubi M, Jarreau PH.** Bénéfices et risques néonataux de la tentative de voie basse comparée à la césarienne programmée en cas d'antécédent de césarienne. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 2012; 41: 727-34.
28. **Macones GC, Stamilio AG.** Can uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery be predicted? *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:1148-52.
29. **Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M.** Uterine rupture: risk factors and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 ;189:1042-6.
30. **Parant O.** **Rupture utérine:** prédiction, diagnostic et prise en charge .*Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.*2012 ; 41:803-16.

- 31. Rajaonarison JJC, Fenomanana MS, Rakotondraisoa JM, Randriambelomanana JA.** Rupture utérine pendant le travail : facteurs étiologiques et pronostic materno-fœtal, rev.anesth.rea.med, 2014, 9-12.
- 32. Ravasia DJ, Brain PH, Pollard JK.** Incidence of uterine rupture among women with müllerian duct anomalies who attempt vaginal birth after cesarean delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1999;181(4):877 881.
- 33. Sandrine OT :** Rupture utérine post traumatique pendant la grossesse : A propos d'un cas au Centre Hospitalier National de Pikine. 2018.
- 34. Shipp T, Zelop C, Cohen A, et al.** Post-cesarean delivery fever and uterine rupture in a subsequent trial of labor. Obstetrics & Gynecology. 2003;101:136 9.
- 35. Sweeten KM, Graves WK, Anthanassiou A.** Spontaneous rupture of the unscarred uterus. Am J Obstet Gynecol 1995;172:1851-6.
- 36. Thubisi M, Ebrahim A, Moodley J, Shweni PM.** Vaginal delivery after previous caesarean section: is X-ray pelvimetry necessary? Br J Obstet Gynaecol. 1993 :100:421-4.
- 37. Zelop, Shipp TD, Repke JT, et al.** Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1999;181(4):882 886.
- 38. Zwart JJ, Richters JM, Ory F, Bloemenkamp KW, Van Roosmalen J.** Uterine rupture in The Netherlands: a nationwide population-based cohort study. BJOG 2009;116:1069-78.

**TITRE : RUPTURE UTERINE AU CENTRE HOSPITALIER  
REGIONAL DE KOLDA : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES,  
DIAGNOSTIQUES, PRONOSTIQUES**

**RESUME**

**OBJECTIFS :**

Evaluer les circonstances diagnostiques et la prise en charge des ruptures utérines

Déterminer le pronostic maternel et périnatal

**MATERIELS ET METHODES :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 11 ans allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2006 au 31 Décembre 2016. Nous avons colligé tous les cas de rupture utérine évacués ou découverts dans le service quel que soit la voie d'accouchement, les antécédents obstétricaux, le déroulement du travail, le mode d'accouchement, la prise en charge chirurgicale ainsi que les complications maternelles et périnatales étaient étudiées.

Les données étaient saisies avec le logiciel Excel et analysées grâce aux logiciels Epi- Info et SPSS.

**RESULTATS**

Durant la période d'étude nous avons enregistré 86 cas de rupture utérine pour 15343 accouchements soit une fréquence de 0.56%. Le profil de nos patientes était celui d'une femme de 25 ans d'âge moyen multipare dans 51% des cas, porteuse d'un utérus cicatriciel dans 6,9% et évacuée dans 93% des cas.

Le diagnostic clinique des ruptures utérines était posé dans 87,2%, un traitement conservateur était réalisé dans 72,1% des cas et radical dans 27,9%.

Le nombre de mort-né était de 93%, 8 cas de décès maternel étaient recensés soit une létalité spécifique de 9,3%

**CONCLUSION**

La rupture utérine est responsable d'une morbidité et d'une mortalité materno-fœtale élevée. Dans notre structure elle survient majoritairement sur utérus neuf et est favorisée par des situations de dystocie prolongée, la réduction de la prévalence de la rupture utérine et de ses conséquences nécessite une référence au moment opportun et une prise en charge rapide et adéquate

**MOTS-CLES :** Rupture utérine ; dystocie ; mortalité maternelle ; mortalité néonatale

**AUTEUR :** Cheikh Abdoul Kader Kane

**E-mail :** kaderkane4@gmail.com