



Article Original

La Rupture Utérine à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes entre 2012 et 2021 : Une Étude Transversale Analytique

Uterine Rupture at Fousseyni Daou Kayes Hospital : An Analytical Cross-Sectional Study Covering the Period 2012-2021

Dembele Sitapha^{1,12}, Diassana Mahamadou^{1,12}, Malcalou Ballan^{1,12}, Sidibe Alima², Goita Lassina³, Soumbounou Goundo^{3,12}, Albachar Hamidou^{4,12}, Daou Issa¹, Sylla Cheickna^{7,12}, Sanogo Siaka A^{7,12}, Haidara Mamadou^{5,12}, Kane Famakan^{6,12}, Bocoum Amadou^{7,13}, Sissoko Hamady^{4,12}, Traore Soumana O^{8,13}, Diallo Seydou^{9,12}, Traore Soumaila^{10,12}, Keita Sema^{11,12}, Kone Bokary S^{14,12}, Dicko Modibo^{15,12}, Keita Mamadou^{16,12}, Samake Alou^{16,12}, Dao Seydou Z^{17,12}, Traore Kalifa^{14,12}, Camara Fantamady¹⁸

Affiliations

- 1= Service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes
 2= Centre de Santé de Référence de Kayes
 3= Service d'anesthésie et de Réanimation de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes
 4= Centre de Santé de Référence de la Commune III de Bamako
 5= Centre de Santé de Référence de Kalabancoro
 6= Centre de Santé de Référence de Bla
 7= Département de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU Gabriel Touré
 8= Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako
 9= Office National de la Santé de la Reproduction
 10 = Service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital de Sikasso
 11 = Centre de Santé de Référence de Fana
 12= Centre National de Recherche Scientifique et Technologique de Bamako
 13 = Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako
 14= Clinique Périnatale Mohamed V de Bamako.
 15= Centre de Santé de Référence de la Commune I
 16= Centre de Santé de Référence de Commune VI
 17= Centre de Santé de Référence de la Commune II
 18= Direction régionale de la santé de kayes

Auteur Correspondant

Dembele Sitapha
 Hôpital Fousseyni Daou de Kayes au Mali
 Téléphone : 0022375440385
 Email : dsitapha@gmail.com

Mots clés : Rupture, Utérine, Hôpital, Kayes.

Keywords. Rupture, Uterine, Hospital, Kayes.

Article history

Submitted: 4 July 2024
 Revisions requested: 6 August 2024
 Accepted: 15 August 2024
 Published: 30 August 2024

RÉSUMÉ

Introduction. La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide. En effet, il s'agit d'une affection obstétricale redoutable dont le pronostic materno-fœtal est sombre sur le plan de la morbidité et de la mortalité. **Objectif.** Décrire les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques ainsi que le pronostic de la rupture utérine à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. **Matériel et Méthodes.** Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique avec collecte rétrospective, du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2021. Nous avons inclus tous les cas de rupture utérine diagnostiqués et prise en charge à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes durant la période d'étude. **Résultats.** La fréquence de la rupture utérine a été de 0,3%. L'âge moyen des parturientes était de 29 ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans. Les parturientes avaient été évacuées dans 78,74% des cas. Le travail prolongé a été le premier motif d'évacuation (14,2%). Les cicatrices utérines étaient le premier facteur de risque (27,6%). Il y avait rupture complète dans 81% des cas et le siège était segmentaire dans 69,8% des cas. L'hystérorraphie a été pratiquée chez 75,6% des parturientes. L'évolution a été favorable dans 59,52% des cas et l'anémie a été la complication postopératoire la plus fréquente (34,1%). Le taux de décès maternel était de 7,9% et le taux de décès fœtal de 74,6%. **Conclusion.** La rupture utérine est une urgence obstétrico-chirurgicale dont le pronostic dépend de la rapidité du diagnostic et de la prise en charge.

ABSTRACT

Introduction. Uterine rupture is a complete or incomplete non-surgical rupture of the wall of the gravid uterus. It is a dreaded obstetric condition with a dismal maternal-fetal prognosis in terms of morbidity and mortality. **Objective.** To describe the epidemioclinical and therapeutic aspects as well as the prognosis of uterine rupture at the Fousseyni Daou Hospital in Kayes. **Material and Methods.** This was a cross-sectional, descriptive and analytical study with retrospective collection, from January 1, 2012 to December 31, 2021. We included all cases of uterine rupture diagnosed and managed at Hôpital Fousseyni Daou de Kayes during the study period. **Results.** The incidence of uterine rupture was 0.3%. The mean age of parturients was 29 years, with extremes of 15 and 45 years. Parturients were evacuated in 78.74% of cases. Prolonged labor was the main reason for evacuation (14.2%). Uterine scarring was the main risk factor (27.6%). Complete rupture occurred in 81% of cases, and was segmental in 69.8%. Hysterorraphy was performed in 75.6% of parturients. The outcome was favorable in 59.52% of cases, with anemia the most frequent postoperative complication (34.1%). The maternal death rate was 7.9% and the fetal death rate 74.6%. **Conclusion.** Uterine rupture is an obstetric-surgical emergency whose prognosis depends on rapid diagnosis and management.

POINTS SAILLANTS**Ce qui est connu du sujet**

En Afrique, la rupture utérine est fréquente en raison d'un grand nombre de facteurs favorisants.

La question abordée dans cette étude

Épidémiologie et pronostic de la rupture utérine à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Ce que cette étude apporte de nouveau

1. La fréquence de la rupture utérine était de 0,3%.
2. Les cicatrices utérines étaient le premier facteur de risque.
3. Le taux de mortalité maternelle était de 7,9% et le taux de mortalité néonatale de 74,6%.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Renforcer la formation des personnels de santé au dépistage et à la prise en charge précoces de la rupture utérine.

INTRODUCTION

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide. En effet, il s'agit d'une affection obstétricale redoutable dont le pronostic materno-fœtal est mauvais sur le plan de la morbidité et de la mortalité [1]. Le premier écrit sur cette pathologie est l'œuvre de Guillemeau au début du XVII^{ème} siècle. Dans son ouvrage intitulé « de la grossesse et de l'accouchement », il montre toute la gravité du pronostic qu'elle entraîne chez la femme enceinte par la déchirure du muscle utérin [2]. La rupture utérine est exceptionnelle dans les pays développés : ainsi en France la fréquence de la rupture utérine est de 0,05% dans l'étude de Guiliano et al [3], en Espagne Perez-Adan et al [4] ont trouvé une fréquence de 0,078%, aux USA sa fréquence est de 0,006% [5]. Les premières études africaines ont été faites en Algérie, au Maroc et en Tunisie. En Afrique, sa fréquence est relativement élevée par des facteurs de risque comme le faible niveau socio-économique, l'insuffisance de suivi prénatal, l'éloignement géographique, la grande multiparité et le manque d'infrastructures sanitaires équipées en matériels et personnels qualifiés [6]. Diallo et al. [7] ont rapporté une fréquence 0,36% de rupture utérine à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry, Guinée. Au Sénégal Gueye L. [8] avait trouvé une fréquence de 0,58% de rupture utérine en 2016. Au Mali, ce sujet a été l'objet de plusieurs travaux antérieurs. Elle occupe avec l'hémorragie qu'elle entraîne, 30% des principales causes de décès dans les pays en voie de développement [12]. Une étude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako avait montré que la rupture utérine occupe la deuxième place avec une fréquence relative de 20% des décès [12]. Les cicatrices utérines représentent le facteur de risque essentiel des ruptures utérines. Plusieurs autres facteurs sont incriminés : les présentations dystociques, les inductions de travail, l'âge maternel avancé, la multiparité, la macrosomie fœtale, les grossesses

multiples, les anomalies utérines congénitales et l'accouchement instrumental [13]. A Kayes une seule étude avait été menée sur la rupture utérine en 2007 [9], le problème pourrait être encore plus préoccupant. Ainsi, nous avons initié ce travail à l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes qui est un hôpital de deuxième référence assurant la prise en charge de toutes les urgences obstétricales de la région, dont le but était d'étudier les aspects épidémioclinique thérapeutique et le pronostic de la rupture utérine dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique, avec collecte rétrospective des données, sur une période de 10 ans, du 01 janvier 2012 au 31 décembre 2021. L'étude a porté sur toutes les parturientes admises en travail d'accouchement et dans le post partum immédiat dans le service de Gynécologie - Obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes durant la période d'étude. L'échantillon était constitué par tous les cas de rupture utérine diagnostiqués avant, pendant le travail d'accouchement ou dans le post partum, durant la période d'étude. Nous avons inclus dans cette étude, tous les cas de rupture utérine diagnostiqués et pris en charge dans le service durant la période d'étude. Nous n'avons pas inclus dans notre étude :

-Les cas de rupture utérine diagnostiqués en dehors de la période d'étude ;

-Les dossiers manquants de rupture utérine ;

-Les déchirures et les délabements limités au col utérin.

La collecte des données a été faite sur une fiche d'enquête établie à partir du registre d'accouchement, du dossier des parturientes, du registre de référence/évacuation, du registre de compte rendu opératoire, du registre de décès maternel, du registre d'anesthésie, du registre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, du registre de transfusion et du registre d'hospitalisation.

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Microsoft Office World 2013. Le traitement et l'analyse statistique des données statistiques ont été effectués grâce au logiciel SPSS 20.0. Le test exact de Fischer et le test de Khi 2 de Person ont été utilisés pour comparer les proportions avec un p significatif < 0,05. Le consentement éclairé et la confidentialité ont été respectés pour chaque parturiente.

RESULTATS

Durant notre période d'étude nous avons colligé 127 cas de rupture utérine sur un total de 37701 accouchements, soit une fréquence de 0,3%.

La tranche d'âge 30-34 ans avait représenté 47,2%, les tranches d'âge de 20-29 ans, inférieure ou égale à 19 ans et supérieure ou égale à 35 ans avaient représenté respectivement 32,3%, 7,9% et 12,6%. L'âge moyen était de 28,97 ans, avec des extrêmes de 15 et 41 ans. Dans notre série 96,9% des parturientes n'étaient scolarisées, 1,6% des parturientes avaient respectivement un niveau primaire et secondaire. Les ménagères avaient représenté

96,1%, les commerçantes 2,4% et les fonctionnaires 1,6%. Les femmes mariées avaient représenté 85%, les femmes célibataires 9%, les femmes divorcées 4% les veuves 2%. Dans notre étude 63% des parturientes avaient été évacués par les Centres de Santé Communautaires, 25% par les Centres de Santé de Référence, 4% par les cliniques

médicales et 8% par les cabinets médicaux. Les parturientes avaient été évacuées par ambulance dans 35,4% des cas, par un véhicule personnel dans 30,7% des cas, par un transport en commun dans 20,8% des cas et par d'autres moyens de transport dans 13,4% des cas.

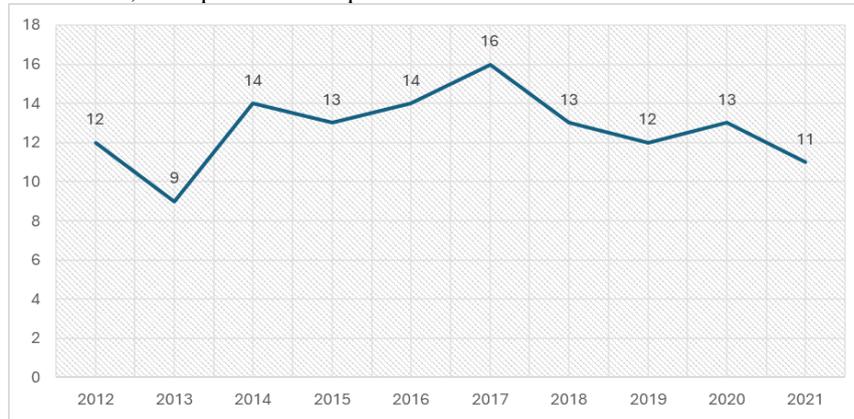


Figure 1 : Prévalence annuelle des ruptures utérines

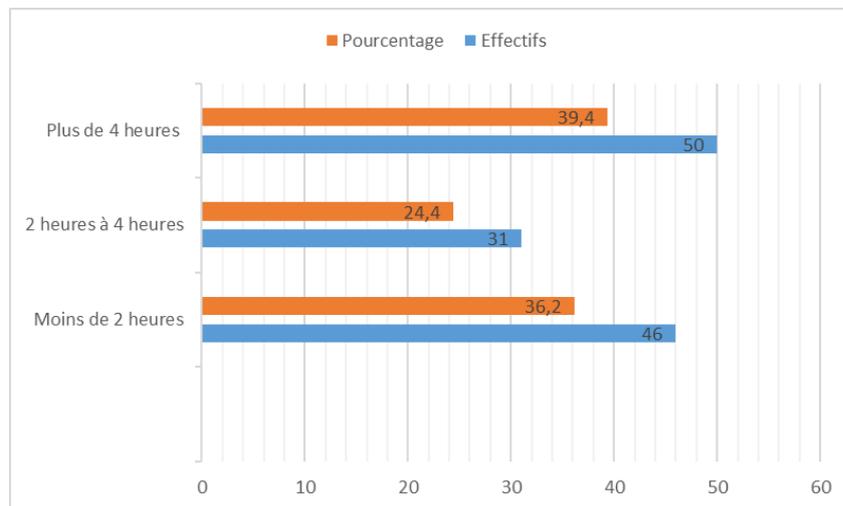


Figure 2 : Répartition des parturientes selon la durée du trajet.

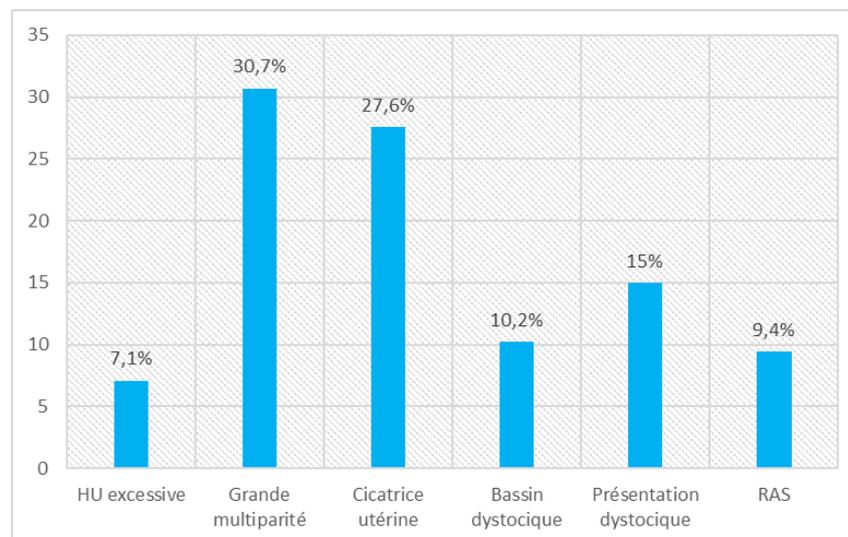


Figure 3 : Répartition des parturientes selon le facteur de risque.

Les parturientes n'avaient pas fait de consultation prénatale dans 35,4% des cas, 57,5 des parturientes avaient réalisé 1 à 3 consultations prénatales et 7,1% avaient fait au moins 4 consultations prénatales. Parmi les parturientes qui avaient fait des consultations prénatales, l'auteur était un Gynécologue-Obstétricien dans 9,8% des cas, une sage-femme dans 19,5% des cas, un médecin généraliste dans 14,6% des cas, une infirmière obstétricienne dans 34,1% des cas et une matrone dans 21,9% des cas.

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

Tableau I : Répartition des parturientes selon la parité

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

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

Tableau II : antécédents chirurgicaux.

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

Les parturientes avaient un antécédent d'utérus unicatriciel dans 48% des cas, bicatriciel dans 26% des cas, tricatriciel dans 20% des cas et quadricatriciel dans 6% des cas. Les parturientes étaient venues d'elles-mêmes dans 21,26% des cas et étaient évacuées dans 78,74% des cas.

Tableau III : motif d'admission

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

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

Dans notre série 81,7% des parturientes avaient accouché par voie haute (laparotomie ou césarienne) contre 18,3% par voie basse. Les nouveau-nés avaient un poids inférieur 2500g dans 10% des cas, entre 2500 et 3999g dans 72% des cas, supérieur ou égal à 4000g dans 12% des cas et inconnu dans 6% des cas. Le poids moyen était de 3075g grammes avec des extrêmes de 950 g et 5200g. Dans notre étude 70,6% des parturientes avaient accouché à l'hôpital, 9,5% dans un Centre de Santé de Référence, 7,9% dans un Centre de santé communautaire, 5,6% dans une Clinique médicale, 2,4% dans un Cabinet médical et 4% à domicile.

Tableau IV : circonstance de survenue de la rupture utérine.

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

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

Le diagnostic de la rupture utérine a été fait en perpartum dans 84,3% des cas, en post-partum dans 11% des cas et en prépartum dans 4,7% des cas.

Tableau V : Nature et siège de la rupture utérine

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

Dans notre étude nous avons observé 8,7% de lésions vesicales. Nous avons réalisé une hystérorraphie simple dans 75,6% des cas, une hystérorraphie avec ligature résection des trompe dans 7,9% des cas et une hystérectomie sub-totale dans 13,4% des cas. L'anesthésie générale a été utilisée chez 90,5% des cas et l'anesthésie loco-régionale chez 9,5%. Les parturientes avaient reçu des macromolécules dans 74,2% des cas, une transfusion dans 71,6% des cas, de l'oxygène dans 33,9% des cas, des cathécholamines dans 29,1% des cas et 25,9% n'avaient pas été réanimés. En post-opératoire 28,3% des cas de rupture utérine avaient reçu une thromboprophylaxie, 100% avaient reçu une antibioprophyllaxie, 100% avaient reçu des analgésiques et 100% avaient également reçu du fer. L'évolution a été favorable chez 92,1% des cas et le taux de létalité à de 7,9%.

Tableau VI : suites opératoires

Suites opératoires	Effectif	%
Péritonite	02	01,6
Fistule Vésico-vaginale	02	01,6
Infection pariétale	04	03,2

Anémie	34	27
Simple	75	59,5
Décès	09	07,1
Total	126	100

Tableau VII : moment de survenue et cause du décès.

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

Nous avons observé 25,4% de nouveau-nés vivants, 65,1% des mort-nés frais et 9,5% de mort-nés macérés.

Tableau VIII : mode d'admission et nature de la rupture utérine.

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

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

Tableau IX : nombre de cicatrices utérines et type de rupture.

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

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

Tableau IX : type de rupture et suites opératoires.

Type de rupture	Suites opératoires						Total
	Inf	Ane	Pér	Fis	Déc	Au	
Complete	03	29	02	02	07	59	102
Sous séreuse	01	04	00	00	02	16	24
Total	04	34	02	02	09	75	126

Inf : infection ; ane : anémie ; pér : péritonite ; fis : fistule
Déc : décès ; auc : aucune

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

Tableau VIII : pronostic fœtal et nature de la rupture utérine.

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

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

DISCUSSION

Durant notre étude nous avons colligé 127 cas de rupture utérine sur un total de 37701 accouchements, soit une fréquence de 0,3%. Camara S. [14], Diakité Y. [15] et Valère M k et all. [15] avaient rapporté respectivement une fréquence de 1,1% ; 0,4% et 2,4%. Koita R. [10], Fané K. [17], Diakité I. [2], et Semé K. [18] avaient rapporté respectivement une fréquence plus élevée de 0,18%,

0,016%, 0,03% et 0,13% de rupture utérine. Gueye L. [8] au Sénégal en 2016, Kabibo S. [18] au Bénin en 2015, et Amate P. [13] en Algérie en 2014 avaient rapporté respectivement une fréquence de 0,58% ; 0,70% ; et 0,128%. La fréquence de cette pathologie varie d'un pays à un autre et dans le même pays d'une structure de santé à une autre. Notre fréquence élevée pourrait s'expliquer par les évacuations tardives, l'insuffisance de la couverture sanitaire, le manque de personnel qualifié et le mauvais suivi prénatal. La rupture utérine peut toucher toutes les tranches d'âge chez les femmes en activité génitale. L'âge moyen de nos patientes était de 28,97 ans avec des extrêmes de 15 et 41 ans. La tranche d'âge de 30 à 34 ans était la plus représentée avec une fréquence de 47,2%.

Beaucoup d'auteurs comme Berthé F K. [19], Koita R. [10], Fané K. [17] et Camara S. [14] avaient rapporté la même tranche d'âge. Cette tranche d'âge correspond à la période où l'activité reproductive est intense. Dans notre étude 96,9% des parturientes étaient non scolarisées, 95% étaient mariées et 96,1% étaient des ménagères. Dans notre série 64,6% des parturientes avaient effectué au moins une consultation prénatale (CPN) contre 70% chez Bako M M. [11], 64,3% chez Camara S. [14], 77% chez Diakité Y. [15] et 36,1% Koita R. [10].

Par contre 35,4% n'avaient effectué aucune CPN, contre 30% ; 35,7% ; 23% et 24,2% respectivement chez Bako M M. [11], Camara S. [14] Diakité Y. [15] et Koita R. [10]. 19,5% étaient suivies par les sages-femmes contre respectivement 48% 44%, 56% et 55% chez Bako M M. [11], Camara S. [14], Diakité Y. [15] et Koita R. [10]. Dans notre série 79,7% des parturientes avaient été évacuées et 21,3% étaient venues d'elles-mêmes. Traoré M. [21] avait rapporté 92,6% des parturientes évacuées, Bako M M. [11] avait rapporté que 89% de parturientes avaient été évacuées et 11% étaient venues d'elles même et Diakité Y. [15] avait rapporté que 64,1% des parturientes avaient été évacuées et 33,8 étaient venues d'elles-mêmes. Au cours de notre étude 44,9% des parturientes avaient été évacuées par ambulance et 55,1% par transport en commun. Bako M M. [11] avaient rapporté que 82% des parturientes évacuées par ambulance et 9% par un transport en commun, Koita R. [10] avait trouvé 54% parturientes évacuées par ambulance et 7% par un transport en commun. Fané K. [17] avait trouvé que 90% des parturientes évacuées par ambulance et 8% par un transport en commun. La nature de la rupture utérine et le mode d'admission des patientes n'ont pas de lien statistique prouvé (Khi-deux de Person : 0,9). La parité moyenne était de 6,5 avec des extrêmes de 1 et 12. Les multipares avaient représenté 40,2%. Notre résultat est semblable à ceux de Bako M M. [11], Camara S. [14], Diakité Y. [15], Koita R. [10], ceci pourrait s'expliquer par le fait que la fréquence des ruptures utérines croît avec la parité à cause des modifications histologiques du muscle utérin. Dans notre série 27,6% des parturientes avaient un utérus cicatriciel. Cette fréquence est inférieure à celle de Bako M M. [11] ; Koita R. [10] et Diakité Y. [15] avaient rapporté respectivement 37,7%, 97% et 38,8%. Nous avons trouvé un lien statistique entre la nature de la rupture et le nombre de cicatrice utérine, ($P =$

0,009). La parité, les cicatrices utérines, les bassins dystociques, les présentations dystociques et l'utilisation abusive de l'ocytocine étaient des facteurs favorisant de la survenue de la rupture utérine. Dans notre série 14,2% des parturientes avaient été évacués pour travail prolongé, 12,6% pour saignement sur grossesse, 7,1% pour souffrance fœtale aigue et 2,4% pour rupture utérine. Bako M M. [11] avait rapporté que 33,8% des parturientes avaient été évacués pour rupture utérine, 9,4% évacuées pour hématome rétroplacentaire et 7,2% évacuées pour placenta praevia. FANE K. [17] avait rapporté que 10% des parturientes avaient été évacués pour métrorragies, 11% pour dilatation stationnaire et 8% pour rupture utérine. Dans notre étude le travail d'accouchement s'était déroulé dans 50% des cas dans un centre de santé communautaire, dans 19,8% dans un centre de santé de référence et dans 8,7% des cas à domicile. Bako M M. [11] avait trouvé que le travail d'accouchement s'était déroulé dans 78% des cas dans un centre de santé communautaire, et 11% à domicile, Camara S. [14] avait trouvé que le travail d'accouchement s'était déroulé dans 70% des cas dans un centre de santé et 18% à domicile et Diakité Y. [15] avait trouvé que le travail d'accouchement s'était déroulé 78,19% dans un centre de santé et 7,5% à domicile. La durée du travail avait été ≥ 12 heures de temps chez 41,3% des parturientes. Bako M M. [11], Koita R. [10] et Diakité Y. [15] avaient rapporté respectivement 44%, 72% et 67% de durée de travail ≥ 12 h. L'utilisation de l'ocytocine avait été la cause de la rupture utérine chez 26,77% des cas. Berthé F K. [20], Camara S. [14] et Diakité Y. [15] avaient trouvé respectivement 51,7%, 35,7% et 23,7% d'utilisation d'ocytocine. Les présentations dystociques telles que les présentations de l'épaule et celles du siège avaient été les causes classiques des ruptures utérines les plus fréquentes avec respectivement 8,7% et 11,2%. Diakité Y. [15] au Mali, et Diouf A. [22] au Sénégal avaient trouvé respectivement 48% et 8,5%. Dans notre étude 8,7% des nouveaux-nés 8,7% avaient un poids supérieur à 4000g. Bako M M. [11], Camara S. [14] avaient rapporté respectivement 8,7% et 12% de macrosomie fœtale. Nous avons enregistré 81% de ruptures complètes et 19% de ruptures sous-séreuse. Le siège de la rupture était segmentaire dans 69,8% des cas, segmento-corporéal dans 24,6% et corporéal dans 5,5%. Bako M M. [11] avait rapporté 45% de rupture segmentaire, 51,4% de rupture segmento-corporéal et 3,6% de rupture corporéale. Camara S. [14] avait rapporté 80% de ruptures complètes. Le siège de la rupture était segmentaire antérieur dans 42,8%. Diakité Y. [15] avait rapporté 71,1% de ruptures complètes et 38,9% ruptures incomplètes. Nous avons trouvé 8,7% de lésions vésicales. Bako M M. [11] avait rapporté 13% de lésions de pédicule utérin, 3,6% de lésions vaginales et 1,4% de lésion vésicale. Koita R. [10] a trouvé 48% de lésions du pédicule utérin, 32% de lésions vésicales et 12% de lésions vaginales. Diakité Y. [15] avait rapporté 10,9% de lésions du pédicule utérin, 4,8% de déchirures cervicales, 1,4% de déchirures vaginales et 0,7% de lésions vésicales. Le traitement de toute rupture diagnostiquée est chirurgical en vue d'assurer une hémostase correcte. Nous avons réalisé une

hystérorraphie simple chez 75,6% des parturientes, et une hystérorraphie plus ligature et résection des trompes chez 7,9% des parturientes. Bako M M. [11] avait trouvé 47,1% d'hystérorraphie simple, 28,3% d'hystérorraphie plus ligature et résection des trompes, Camara S. [14] avait rapporté 40% d'hystérorraphie simple. Notre taux est inférieur à ceux de Fané K. [17] au MALI (91,9%), Guyot et al. [24] en France (100%), Diaz et al. [25] aux Etats Unis (91,7%). Nous avons réalisé une hystérectomie subtotale chez 13,4% des parturientes. Ce taux est supérieur à ceux de Diakité Y. [15] et Camara S. [14] qui avaient rapportés respectivement 13,2% et 10%. Notre taux est inférieur à ceux de Traoré M. [21], Gueye. [8] et Goro M. [25] qui avaient rapporté respectivement 14,8%, 29,7% et 14,02%. Le taux élevé d'hystérorraphie dans cette étude pourrait s'expliquer par la rapidité dans la prise en charge et la parité de nos parturientes a dû également jouer un rôle dans la décision. Il faut noter que 90,5% avaient été opérés sous anesthésie générale et 9,5% sous rachianesthésie où il s'agissait surtout de déhiscence de l'ancienne cicatrice utérine diagnostiquée au cours de la césarienne prophylactique. Diakité Y. [15] avait rapporté que 95,6% des parturientes avaient été opérées sous anesthésie générale et 4,4% sous rachianesthésie. La réanimation médicale a été pré, per et post opératoire chez certaines patientes. Elle a été assurée par la perfusion de la Gélofusine chez 74,2% des parturientes, l'oxygénothérapie chez 33,9%, les catécholamines chez 29,1% et la transfusion chez 71,65%. Bako M M. [11], Camara S. [14] et Diakité Y. [15] avaient rapporté respectivement 61%, 63,1% et 36% de cas de transfusion. 100% des parturientes avaient reçu une antibiothérapie. La rapidité du diagnostic et de la prise en charge ont contribué à l'amélioration du pronostic maternel et fœtal de cette pathologie. Dans notre série 40,94% des cas de rupture utérine avaient présenté des complications. Ces complications étaient l'anémie (27%), la suppuration pariétale (3,2%), la péritonite (1,6%) et la fistule vésico-vaginale (1,6%). Ce taux est comparable à ceux de Bako M M. [11] qui avait rapporté 23,9% d'anémie, 4,3% de suppuration pariétale et d'endométrite. Diakité Y. [16] avait rapporté 15,6% de suppuration pariétale, 7,4% d'endométrite et 0,7% de phlébite. Nous avons enregistré 10 cas de décès maternel soit 7,9% dont 1 décès constaté à l'arrivée. Notre taux est inférieur à ceux de Camara S. [14] et Bako M M. [11] qui avaient rapporté respectivement 13,1% et 9,4% et nettement supérieur à ceux de Diakité Y. [15] et Koita R. [10] qui avaient trouvé respectivement 6,5% et 5%. Nous avons trouvé un lien statistique entre la nature de la rupture et les suites opératoires ($P : 0,003$). La mortalité fœtale liée à cette pathologie est très élevée. Elle est due à la souffrance fœtale aigue liée à l'arrêt de la circulation utéroplacentaire. Ainsi nous avons trouvé 78,8% de décès fœtal. Ce taux est supérieur à celui de Diakité Y. [15] qui avait rapporté 56%, et inférieur à celui de Bako M M. [11] 82,6%. Dans notre série 25,4% des nouveau-nés étaient vivants dont 14,17% avaient un score d'ApGAR compris entre 8 et 10 à la 1ère minute. Bako M M. [11] avait rapporté 15,5% de nouveau-nés vivants dont 13,8% avaient un score d'ApGAR compris entre 8 et 10 à la 1ère

minute et Camara S.[14] avait rapporté 15,5% de nouveau-nés vivants dont 13,2% avaient un score d'Apgar compris entre 7 et 10 à la 1ère minute. Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre la nature de la rupture utérine et l'état du fœtus, (Khi-deux de Person :0,04).

CONCLUSION

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

REFERENCES

1. Merger R, Levy J et Melchior J. Précis d'Obstétrique, 6ème édition, Masson, Paris ; 1995 ; 597 p.
2. Diakité I. La rupture utérine au Csref de Koutiala. Thèse de médecine Bamako 2010 ; 283 : 89.
3. Guiliano M, Closset E, Therby D, Le Goueff F, Deruelle P, Subtil D. Signs, symptoms and complications of complete and partial uterine ruptures during pregnancy and delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014 Aug ; 179 :130-4.
4. Pérez-Adán M, Alvarez-Silvares E, García-Lavandeira S, Vilouta-Romero M, Doval-Conde JL. GinecolObstet Mex. 2013 Dec; 81(12):716-26.
5. Body .G, Boog .G, Collet .M, Foumie .A, Grali .J Y, Laurent .M C et al. : Les urgences en Gynécologie - Obstétrique. Les 6 CHRU de la Région Ouest : Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes, Tours, 2005 ; 151 p
6. Fitzpatrick KE, Kurinczuk JJ, Alfirevic Z, Spark P, Brocklehurst P, Knight M. Uterine rupture by intended mode of the delivery in the UK: a national case_control study. 2012 ; 9 (3) :1001184
7. Diallo MH, Balde IS, Mamy MN, Diallo BS, Balde´ O, Barry AB, Keita N. Rupture utérine : aspects sociodémographique, étiologique et prise en charge à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry, Guinée. Med Sante Trop 2017 ; 27 : 305-309. doi : 10.1684/ mst.2017.0695.
8. Gueye L, Thiam M, Niang MM, Ba PA, Mahammat S and Cisse ML. Ectopic Pregnancy at the Thiès (Sénégal) Regional Hospital: A Study of Diagnostic, Therapeutic and Prognostics. Austin J ObstetGynecol. 2017; 4 (2) : 1073.
9. Diabaté A K. Rupture utérine à l'Hôpital Fousseynou Daou de Kayes. Thèse de médecine Bamako 2007 ; 131 : 98.
10. Koita R. Aspect épidémio-cliniques et thérapeutiques de la rupture utérine au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de Médecine, Bamako 2017 ; 121 : 89.
11. Bako M M. Etude épidémio-clinique thérapeutique et pronostique de la rupture dans le service de gynécologie obstétrique du CHU_GT. Thèse de médecine 2019 ; 360 : 103.
12. Ministère de la santé du Mali, Direction Régionale de la Santé (DNS) : Protocole des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, Novembre 2006, MALI ; 59 p.
13. Amate P, Séror J, Aflak N, Luton D. Rupture utérine pendant la grossesse in EMC d'obstétrique 5-080-A-10. Elsevier Masson SAS. 2014. France.
14. Camara S. Problématique de la rupture utérine dans le service de gynécologie obstétrique du CHU point g (à propos de 84 cas). Thèse de médecine Bamako 2015 ; 170 : 99.
15. Diakité Y. La rupture utérine au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. A propos de 139 cas de 2005 à 2009. Thèse de Médecine, Bamako. 2011 ; 267 : 97.
16. Valère M K, Henri E, Julius D S, Pascal F, Bénédicte M E. Panafricain médical Journal. Accouchement sur utérus cicatriciel dans les pays à faibles ressources: circuit de prise en charge et devenir materno-fœtal. Pan African Medical Journal. 2018; 30 : 255. [doi: 10.11604/pamj.2018.30.255.15678]. Available online at: https://www.panafrican-med_journal.com/content/article/30/255/full.
17. Fane K. La rupture utérine au centre de santé de référence de Bougouni : aspects cliniques thérapeutiques et pronostic. Thèse de Médecine, Bamako 2014 ; 271 : 100.
18. Semé K. Rupture utérine à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou thèse de médecine Bamako 2010 ; 443 : 83.
19. Kabibo S, Sambo B A, Tchaou B A, Sidi R, Denakpo J, Lokossou A, Perrin R X. Les ruptures utérines à l'hôpital de référence de PARAKOU (BENIN) : Aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques. Faculté de Médecine, Université de Parakou (Bénin). European Scientific Journal August 2015 édition vol.11, N°.24 ISSN : 1857 – 7881 (Print) e – ISSN 1857 – 7431.
20. Berthé F K. Les ruptures utérines : Aspect épidémioclinique et pronostic materno-fœtal au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. These médecine Bamako 2022 ; 125 : 112.
21. Traoré M . Aspects épidémio-cliniques, thérapeutiques et pronostics de la rupture utérine au CS Réf de Koutiala. Thèse médecine Bamako 2020 ; 338 : 71.
22. Diouf A, Dao B, Diallo D, Morenra P et Diadhiof F. Les ruptures utérines au cours du travail d'accouchement : expérience d'une maternité de référence à Dakar (Sénégal). Médecine d'Afrique Noire : 1995, 42 (11) 594-597.
23. Guyot A, Carbonnel M, Frey C, Pharisien I, Uzan M, Carbillon L. Rupture utérine : facteurs de risques, complications maternelles et fœtales. J Gynecol Obstét Biol Reprod 2010 ; 39 : 238-45.
24. Diaz SD, Jones JE, Seryakov M, Mann WJ. Uterine rupture and dehiscence: ten-year review and case-control study. South Med J. 2002 Apr;95(4):431-5.
25. Goro M. Hystérectomies au service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako ; thèse de Médecine, Bamako 2015 ; 304 : 93.