

Les ruptures utérines : aspects épidémiologiques et pronostic foeto - maternel à la maternité du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire)

KOUAKOU Privat¹, DJANHAN Yao², DOUMBIA Yacouba³,
DJANHAN Lydie⁴, OUATTARA Mayeregue⁵

RESUME

Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale cas témoins durant une période de 84 mois soit 7 ans. Elle se proposait d'étudier les aspects épidémiologiques et le pronostic foeto-maternel lors des ruptures utérines dans un hôpital régional récemment érigé en CHU. Durant la période d'étude nous avons enregistré 340 ruptures utérines pour 15 016 accouchements, soit une rupture utérine pour 44 accouchements. Les facteurs de risques identifiés sont : l'âge maternel compris entre 30 et 34 ans, la parité supérieure ou égale à 4, le bas niveau socio-économique, l'antécédent d'utérus cicatriciel, le nombre de consultation prénatale inférieur à 2 et le transfert des parturientes. La rupture utérine était spontanée, complète (87,5%), siégeait à la face antérieure du segment inférieur dans 77,48 % des cas. La lésion associée la plus fréquente était celle du pédicule vasculaire utérin (50,58 %). Le pronostic foetal était catastrophique avec 92,6 % de décès foetal. Quant au pronostic maternel, il était sombre avec une morbidité de 26,71 % de cas et une mortalité de 5,29 %. La prévention de cet accident gravissime doit être fait par des consultations prénatales de bonne qualité, une surveillance rigoureuse du travail et une évacuation à temps vers le centre de référence.

Mots clé : Rupture utérine – Pronostic foeto-maternel

SUMMARY

It's about a survey retrospective transverse case witness during one period of 84 months (7 years). It intends to study the epidemiological aspects and the foetus and maternal prognosis at the time of the uterine ruptures in a lately erected regional hospital in teaching hospital. During the period of survey we recorded 340 uterine ruptures for 15 016 childbirths, either an uterine rupture for 44 childbirths. The factors of risks identified are: the maternal age understood between 30 and 34 years, the parity superior or equal to 4, the low socio-economic level, the cicatricial uterus antecedent, the number of prenatal consultation lower to 2 and the transfer of the parturient. The uterine rupture was spontaneous, complete (87,5%), sat to the previous face of the lower segment in 77,48% of the cases. The lesion associated most frequent was the one of the uterine vascular pedicle (50,58%). The foetal prognosis was catastrophic with 92,6% foetal death. As for the maternal prognosis it was dark with a morbidity of 26,71% of case and a mortality of 5,29%. The prevention of this seriously accident must be make in time by the prenatal consultations of good quality, a rigorous surveillance of work and an evacuation toward the reference center.

Keywords: Uterine rupture – Foeto-maternal prognosis

INTRODUCTION

La rupture utérine se définit comme une solution de continuité non chirurgicale, complète ou incomplète de la paroi utérine. Elle siège sur le corps et ou sur le segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse ou le travail. Sont exclues de cette définition les déchirures limitées au col et les perforations utérines consécutive à une manœuvre abortive. La rupture utérine constitue l'urgence obstétricale par excellence car elle grève aussi bien le pronostic maternel que le pronostic foetal. Elle garde un intérêt dans les pays en voie de développement du fait de sa fréquence qui y est élevée et de ses graves complications. En Côte d'Ivoire, des travaux concernant la rupture utérine ont été faits surtout à Abidjan ; c'est pourquoi cette étude a été faite à Bouaké avec pour objectif de préciser les aspects épidémiologiques et le pronostic foeto-maternel.

I. MATERIELS ET METHODES

C'est une étude rétrospective descriptive cas-témoins, s'étendant du 1er janvier 1996 au 31 décembre 2002 soit 7ans ou 84 mois. La population

d'étude est constituée de patientes admises durant cette période ayant un âge gestationnel d'au moins 28 semaines et ayant une rupture utérine confirmée par la laparotomie. En sont exclus les perforations utérines les déchirures du col et les amincissements du segment inférieur. La population témoin est choisie par la table du hasard et est composée de patientes admises durant la même période ayant un âge gestationnel au moins 28 semaines et indemnes de toute rupture utérine. Les données ont été recueillies à partir des registres d'accouchement, des urgences, des comptes rendus opératoires et des dossiers d'hospitalisation. Ces données ont été analysées par le logiciel EPI INFO 6. Les tests statistiques utilisés sont : Khi2, Yates.

1 : Assistant Chef de Clinique
2 : Maître de conférence Agrégé
3 : Maître Assistant

4 : Interne des Hôpitaux

5 : Médecin

Service de Gynécologie Obstétrique et d'Andrologie du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké

Pour toute correspondance, s'adresser au Docteur DOUMBIA Yacouba

22 BP 1133 Abidjan 22 Telephone : (225) 07 65 08 38.

E-mail : doumbiy@hotmail.com

II. RESULTATS

Pourcentage

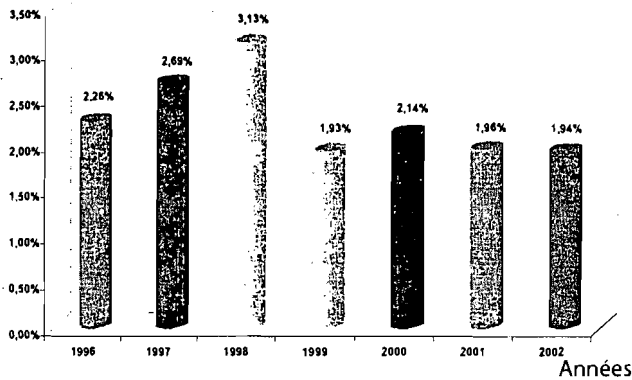


Figure 1 : Evolution globale des ruptures utérines au cours de la période d'étude

Tableau I : Principales caractéristiques épidémiologiques

Caractéristiques	Groupe d'étude N=340		Groupe témoin N=340		P
Age 30-35 ans	91	26,76%	44	12,94%	10 ⁻⁸
Parité ≥ 4	208	61,17%	96	28,23%	<10 ⁻⁸
Bas niveau socio-économique	315	92,6%	268	78,82%	4.10 ⁻⁵
Transférées	311	91,5%	199	58,53%	10 ⁻⁸
Nombre CPN ≤ 2	210	61,76%	124	36,47%	<10 ⁻⁸
Utérus cicatriciels	57	16,76%	5	1,37%	<10 ⁻⁸

Tableau II : La répartition des ruptures utérines en fonction de la morbidité post-opératoire.

Complications post-opératoires	N	%
Aucune	256	74,70
Suppurations pariétales	43	13,35
Lâchages pariétaux	21	6,52
Anémie	19	5,91
Thrombophlébites	03	0,93
Total	340	100

Tableau III : Répartition des patientes selon le pronostic vital maternel

Etat maternel	N	%
Patientes non décédées	322	94,7
Patientes décédées à l'arrivée	04	1,17
Patientes décédées en per-opératoire	05	1,48
Patientes décédées en post-opératoire	09	2,67
Total	340	100

Tableau IV : répartition des nouveau-nés des deux populations selon l'indice d'APGAR

Indice d'APGAR	Population d'étude		Témoins	
	N	%	N	%
0	315	92,65	49	14,4
1-3	02	0,59	05	01,47
4-6	11	03,23	35	10,29
7-10	12	03,53	251	73,82
Total	340	100	340	100

$\chi^2 = 225,29$ pour $ddl = 3$ $P < 10^{-8}$

La différence constatée était statistiquement significative

III. COMMENTAIRES

A - Fréquence des ruptures utérines

Dans notre étude, la fréquence globale des ruptures utérines variait entre 1,93 et 2,57 % des accouchements durant la période d'étude.

La fréquence moyenne globale avait été de 2,25 % des accouchements ; soit 1 rupture utérine pour 44 accouchements (1/44). Les fréquences globales des ruptures utérines restent très élevées dans les pays en voie de développement, mais dans des proportions variables. Au CHU de Bouaké, cette fréquence était identique à celle rapportée par Lankouandé (11) au centre hospitalier national de Ouagadougou : 1/44 en 1995

Par contre, certains auteurs avaient observé des fréquences nettement moins élevées que la nôtre. Ce sont :

- Gan Bai Liu (5) au centre hospitalier départemental de Maradi (Niger) : 1/25 en 1998.
- Youssouf Traoré (14) à l'hôpital national du point "G" (Bamako - Mali) : 1/26 en 1995.

L'élévation du taux non corrigé des ruptures utérines dans notre série s'expliquerait par le fait que notre hôpital est le seul centre universitaire de référence situé à l'intérieur du pays. Il recevait des patientes venant des régions situées dans un rayon moyen de 200 km. Ces patientes accusaient toujours un retard de transfert. Il s'agissait des patientes vivant en zone rurale, qui avaient tenté leur accouchement à domicile voulant éviter une césarienne malgré l'existence d'une dystocie.

La fréquence corrigée des ruptures utérines dans notre travail était de 0,13 % des accouchements ; soit 1 rupture utérine pour 520 accouchements (1/520).

Notre fréquence corrigée était largement inférieure à celle de KOUAME (10) au CHU de Cocody (Abidjan-Côte d'Ivoire) : 1/193 en 2002.

Cela s'expliquerait par le fait que nous avons dans notre service : trois blocs opératoires fonctionnels, une politique interne mise en place pour l'obtention rapide des kits d'intervention chirurgicale en urgence.

B- Facteurs épidémiologiques

a- l'âge maternel

Les parturientes ayant présenté une rupture utérine étaient plus âgées (31 ± 6 ans) par rapport aux témoins (28,92 ans). La tranche d'âge comprise entre 25 – 35 ans était la plus touchée par la rupture utérine avec un taux de 46,76 % de l'effectif. Cette tranche d'âge était le plus souvent concernée en Afrique selon la littérature (2, 8, 9,10). Pour Bohoussou(2), c'est la période où la femme est au maximum de sa fertilité.

b- La parité

Nous avons noté que la parité supérieure ou égale à 4 constituait un facteur de risque dans la survenue de la rupture utérine. La majorité des auteurs ont constaté l'influence de la parité dans la survenue de la rupture utérine (2,8,10,11,14). Ainsi Bohoussou (2), Kéita(8) et Lankoandé(11) constataient que le risque de rupture utérine devenait plus important à partir de la cinquième parité.

c- Le niveau socio-économique

Le niveau socio-économique avait une influence dans la genèse de la rupture utérine. Ce lien statistique était beaucoup plus significatif dans la population dont le niveau socio-économique était bas. Ces populations payaient un lourd tribut à la rupture utérine (92,6 %). Ce fait s'expliquerait essentiellement par les difficultés d'accès aux soins médicaux, en raison de leur coût financier relativement élevé pour les patientes ayant un bas niveau socio-économique. Les mêmes constatations avaient été faites par de nombreux auteurs africains (3, 10, 11, 12, 13,14).

d- Les antécédents chirurgicaux

Dans notre étude, les utérus cicatriciels étaient un facteur de risque de survenue de la rupture utérine. Ce facteur de risque était d'autant plus élevé que l'intervention chirurgicale survenait au cours de la gravidité-puerpéralité. Cela s'expliquerait par le fait que la population en zone rurale est ancrée dans les croyances ancestrales, où les tradipraticiens occupent une place de choix. Ainsi, devant tout problème de santé, les tradipraticiens constituent fréquemment le

premier recours. Et pourtant, certains ne sont pas de bonne foi. En effet, plusieurs tradipraticiens estimaient pouvoir éviter une césarienne en faisant ingérer aux gestantes, antérieurement césarisée, des décoctions dans le but d'élargir le bassin osseux maternel.

e- Nombre de consultations prénatales

L'absence de consultations prénatales constituait un facteur de risque de survenue des ruptures utérines. Ce résultat a été retrouvé par d'autres auteurs. Le nombre de consultations prénatales nous semble être une condition nécessaire mais non suffisante dans la prévention des ruptures utérines. En effet, dans notre série 85,86 % des patientes ayant présenté une rupture utérine avait effectué au moins 4 consultations prénatales. Pour Bohoussou (2) «en plus du critère nombre, on doit allier le critère qualité ; pour une meilleure efficacité de la surveillance prénatale dans la prévention des ruptures utérines».

f- Le mode d'admission

Les patientes transférées vers le CHU de Bouaké, représentaient 91,5 % en cas de ruptures utérines contre 58,53 % dans la population témoin. Le transfert des patientes avait constitué un facteur de risque dans la genèse de la rupture utérine. Cette notion est partagée par tous les auteurs. Les patientes qui avaient été transférées au CHU de Bouaké, avaient effectué un travail prolongé depuis plusieurs heures. Ce travail s'était effectué soit au domicile des accoucheuses traditionnelles, soit dans les maternités sous équipées dirigées par des sages-femmes.

C'est après une longue tentative d'accouchement par voie basse que les parturientes étaient enfin orientées vers notre service. Elles arrivaient dans le service le plus souvent dans un tableau de syndrome de pré-rupture utérine ou de rupture utérine déjà constituée. Elles ne bénéficiaient d'aucune assistance médicale correcte avant et durant leur transfert.

C- Lieu de survenue de la rupture utérine

8,53 % des ruptures utérines étaient survenues dans le service. Elles étaient dues : au mauvais usage d'ocytociques (3,82 %), aux manœuvres obstétricales mal indiquées et mal exécutées (1,76%), après mauvaise expression utérine (0,59 %), au retard dans la prise en charge chirurgicale de la rupture utérine en raison de la pénurie des médicaments à la Pharmacie de la Santé Publique (2,35%). Dans notre série, 91,47 % des ruptures utérines avaient eu lieu hors du service. Elles avaient lieu à domicile, au cours du transfert ou à la maternité de provenance.

a- A domicile

Les ruptures utérines à domicile étaient plus fréquentes dans notre étude. Elles représentaient plus de la moitié des cas soit 60,29%. Il s'agissait de patientes qui après plusieurs tentatives d'accouchement à domicile avaient été reçues dans la première maternité rurale ou périphérique avec une rupture utérine constituée avant son admission. Dans notre série, 23,82 % des ruptures utérines avaient eu lieu au cours du transfert. Kouakou(9), Bohoussou (2) trouvaient une fréquence proche de la nôtre avec respectivement 19,70 %, 20,31 % et 22,80 %. Plusieurs raisons expliqueraient le taux élevé de ruptures utérines survenant au cours du transfert dans notre série. Le rayon de transfert est grand environ 200 km. Les voies d'accès des zones de transfert étaient souvent impraticables, surtout en saison des pluies. Certaines de nos parturientes ont effectué une partie du trajet à pieds avant d'avoir un véhicule de transport en commun comme l'avait souligné Cissé (4) dans son travail.

b- A la maternité de provenance

Dans notre étude, 7,35 % des cas de ruptures utérines étaient survenues à la maternité périphérique ou à la maternité rurale.

Notre fréquence était inférieure à celles de Youssouf (14) : 9,40 % et de Kouakou(9) : 9,84 %. Pour Bohoussou (2), 25 % des ruptures utérines étaient survenues au centre de santé rural.

Le taux relativement bas de ruptures utérines dans les maternités de provenance pourrait s'expliquer par notre plan d'action de lutte contre la mortalité maternelle. Ainsi, nous avons entrepris des cours de mise à niveau du personnel de santé.

D- Facteurs étiologiques et anatomie pathologique

1- Les ruptures utérines spontanées

Elles représentaient dans notre série 89,05 % des cas. Cette fréquence était voisine à celle de Cissé (4) qui avait trouvé 88 % de rupture utérine spontanée. La fréquence des ruptures utérines spontanées reste très élevée dans les pays sous médicalisés.

Cela pourrait s'expliquer par les difficultés d'accès aux soins.

Les étiologies des ruptures utérines spontanées se répartissent comme suit :

- les présentations dystociques dans 30,14 % des cas,
- les disproportions foeto-pelviennes dans 29,19 % des cas,
- les dystocies osseuses dans 9,57 % des cas,
- le gros fœtus dans 7,66 % des cas.

2- Les ruptures utérines provoquées

Elles représentent dans notre série 3,68 % de l'ensemble des ruptures utérines. Nous partageons le point de vue de Akochou cité par Hodonou (6) qui écrivait que « les ruptures utérines provoquées reflétaient le niveau des soins obstétricaux dispensés dans le service. Elles devraient inciter le personnel de santé à plus de vigilance et de rigueur dans les indications de leur acte thérapeutique. »

3- Les ruptures utérines d'étiologie non retrouvée

Il s'agissait de patientes ayant présenté une rupture utérine et chez qui examen clinique n'avait pas permis de retenir une étiologie. Ces patientes avaient la plupart du temps rompu leur utérus avant l'admission dans notre service.

4- Etude anatomo-pathologique

Le segment inférieur était le siège le plus fréquent de la rupture utérine. La rupture y siégeait dans 77,48 % des cas. La face antérieure du segment était la plus atteinte dans 73,27 % des cas. Tous les auteurs ont retrouvé la prédominance des lésions utérines sur la face antérieure du segment inférieur.

La rupture utérine était souvent complète dans 87,80 % des cas contre 12,20 % de ruptures incomplètes. Cette prédominance se retrouve aussi dans la littérature. La fréquence élevée de la rupture utérine complète pourrait s'expliquer par l'angustie pelvienne méconnue, la présentation dystocique et l'utilisation abusive des ocytociques traditionnels.

Lors des ruptures utérines les lésions associées étaient fréquentes et nombreuses. Ces lésions associées étaient dominées par celles des pédicules vasculaires (50,38 %) dans cas. Celles-ci mettent en jeu le pronostic vital foeto-maternel. Les autres lésions associées sont celle de la vessie (10,08) %, du col utérin (6,21 %) et du vagin (4,64 %).

E- Le pronostic

1. Pronostic maternel

Nous avons observé un taux de morbidité maternelle de 26,71 %. Cette morbidité se répartissait comme suit : les infections post-opératoires 19,87 %, l'anémie 5,91%, la thrombophlébite dans 0,93 %.

Les infections post-opératoires sont représentées par les suppurations pariétales (13,35 %) et les lâchages pariétaux 6,52 %

Dans notre étude, l'anémie représentait 5,91 % des complications post-opératoires. Ce taux était largement

supérieur à ceux de Kouakou (9) et de Kouamé (10) qui ont noté respectivement 54 % et 47,30 %. En effet nous avons mis en place politique d'obtention rapide et gratuite des produits sanguins.

Notre taux de décès maternel s'élevait à 5,29 %. Ce taux était voisin de ceux de Hodonou (6) et Cissé (4) qui trouvait respectivement 4,24 % et 5,03 % des cas. Cette mortalité maternelle élevée dans les pays sous médicalisés était liée le plus souvent au choc hypovolémique, aux troubles de la coagulation et au choc septique.

2. Pronostic foetal

Le taux de décès dans notre étude était de 92,60 % de cas de rupture utérine contre 14,42 % dans la population témoin. Le foetus payait un lourd tribut à la rupture utérine. Le caractère foeticide des ruptures utérines avaient été retrouvé par de nombreux auteurs (4,6,9,10).

CONCLUSION

La rupture utérine est un accident obstétrical grave mettant en jeu le pronostic foetal et maternel. C'est un accident encore fréquent dans nos pays sous médicalisés. La prévention est possible par des consultations prénatales bien conduites, une surveillance rigoureuse du travail et une évacuation à temps vers le centre de référence par les périphériques.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- **BOHOUSSOU KM, HOUPHOUET KB, DJANHAN Y.** Rupture utérine au cours du travail à propos de 128 cas. Afr Méd 1978 ; 17 ; 162 : 467-72.
- 2- **BOHOUSSOU KM, HOUPHOUET KB, KONÉ N, BLAL M, DIBY A, TANO H L et al.** Les ruptures utérines au cours du travail. Evolution 10 ans après à propos de 245 cas. Afr Méd 1990 ; 29 : 497-501.
- 3- **CAZENAVE JC, BRED A JY, BÉLIER L, NICOLOSO E, COURBIL L.** Les ruptures utérines en Afrique Noire ; un problème toujours d'actualité. Résultats d'une enquête rétrospective sur 453 cas dans six centres d'Afrique Noire intertropicale. Chirurgie, volume 114. Paris : Masson, 1988 ; 76-82.
- 4- **CLISSÉ CT, FAYÉ EO, DE BERNIS L, DIADHIOU F.** Rupture utérine au Sénégal épidémiologie et qualité de la prise en charge. Méd trop 2002 ; 62 ; 6 : 619-22.
- 5- **GAN BAI LIU.** Opération de la rupture utérine à la maternité du centre hospitalier départemental de Maradi (Niger). Méd Afr Noire 1999 ; 46 ; 11 : 516-9.
- 6- **HODONOU AKS, SCHMIDT H, VOVOR M.** Les ruptures utérines en milieu africain au CHU de Lomé. A propos de 165 cas. Afr Méd 1983 ; 22 ; 213 : 459-68.
- 7- **JACQUE TV.** Les ruptures utérines en milieu rural. A propos de 127 cas à l'hôpital de la mission BAPTISTE de Ferkéssédougou. Thèse Méd Abidjan 1989 ; 865.
- 8- **KEÏTA N, DIALLO MS, IJAZY Y, BARRY MD, TOURÉ B.** Ruptures utérines. A propos de 155 cas observés à Conakry (république de Guinée). J Gynécol Obstét Biol Reprod 1989 ; 18 ; 1041-7.
- 9- **KOUAKOU E.** Ruptures utérines au cours du travail : à propos de 193 cas colligés dans le service de gynécologie et d'obstétrique au CHU de Bouaké. Thèse Méd Abidjan 1999 ; 2182.
- 10- **KOUAMÉ AD.** Ruptures utérines : prise en charge à propos de 204 cas colligés à l'hôpital de référence (CHU de Cocody). Thèse Méd Abidjan 2002 ; 1450.
- 11- **LANKOANDE J, OUEDRAOGO CH, TOURÉ B, OUEDRAOGO A, DAO B, KONÉ B.** Les ruptures utérines obstétricales à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou. A propos de 80 cas colligés en une année d'activité obstétricale. Méd Afr Noire 1998 ; 45 ; 1 : 340-55.
- 12- **RACHDI R, MOUELHI C, FEKIH MA, MASSOUDI L, BRAHIM H.** Les ruptures utérines x : à propos de trente-deux cas. Rev fr Gynécol Obstét 1994 ; 89 ; 2 : 77-80.
- 13- **SEPOU A, YANZA MC, NGUEMBI E, NGBALÉ R, KOURIAH G, KOUABOSSO A et al.** Les ruptures utérines à la maternité de l'hôpital communautaire de Bangui (Centrafrique). Méd trop 2002 ; 62 ; 5 : 517-20.
- 14- **YOUSSEF TRAORÉ.** Les ruptures utérines à l'hôpital national du point "G" : facteurs influençant le pronostic materno-foetal et mesures prophylactiques à propos de 180 cas). Thèse Méd Mali 1996 ; 562.

