

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 7 ■ N° 18 (2012)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Mamadou Saliou Diallo

Rédacteur en chef

Namory Keita

Rédacteur en chef adjoint

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournier (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

O Ndiaye (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette ou par email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 25.000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article originale est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
 - Un titre concis, précis et traduit en anglais
 - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
 - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
 - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
 - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
 - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
 - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 218- 225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 349.
 - Pour une thèse:
 4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Épidémiologie des agressions sexuelles sur mineur à Dakar.

Soumah MM, Bah H, Ndiaye M, Savy DF, Dia SA, Gaye Fall MC, Sow ML.....1 - 8

Le Misoprostol par voie rectale dans les hémorragies de La délivrance. Une étude préliminaire.

Leno DWA, Sy T, Soumah AFM, Camara MK, Thera R, Keita N.....9 - 12

Indications et pronostic de la césarienne chez les patientes séropositives au VIH dans le service de gynécologie obstétrique du CHUGabriel Toure entre 2003 et 2009

Traore Y, Traore Dicko F, Teguede I, Mounkoro N, Togo A, Djire MY, Sissoko A, Diallo A, Bagayoko MA, Dolo T, Dolo A.....13 - 18

Épidémiologie et caractéristiques cliniques de la ménopause à Cotonou

Epidemiology and clinical characteristics of menopause in Cotonou

Alihonou E, Denakpo J, Adisso S, Teguede I, Amoussou M.....19 - 25

Dépistage des lésions précancéreuses et des cancers infra cliniques du col de l'utérus dans les hôpitaux CHU de Cotonou au Bénin : apport de la coloscopie

Tonato Bagnan JA, Denakpo JL, Hounkpatin B, Dassoundo UHA, Lokossou A, De Souza J, Perrin RX.....26 - 29

Analyse de l'impact de l'introduction du traitement antirétroviral sur l'offre de Soins maternels et infantiles dans le district sanitaire de Nouna (Burkina Faso).

Traore / Millogo FD, Sie A, Soro M.....30 - 36

Evaluation de la prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus au CHU de Yopougon (Abidjan)

Seni K, Horo A, Diakite M, Quenum G, Fanny M.....37 - 41

La procidence du cordon ombilical au CHU de Cocody : épidémiologie et pronostic fœtal

Koffi A, Nigue L, Serdouma E, Gondo D, N'guessan KLP, Abauleth R, Boni S.....42 - 46

Chirurgie des prolapsus génitaux au centre hospitalier universitaire

Souro Sanou de Bobo-Dioulasso

Somé DA, Ouattara S, Rurangwa A, Sioho N, Bambara M, Dao B.....47 - 52

Facteurs de risque et pronostic de la rupture prématurée des membranes dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

Thera T, Teguede I, Traore Y, Kouma A, Cisse K, Traore M.....53 - 56

CAS CLINIQUE

(CASE REPORT)

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Child sexual abuse epidemiology in Dakar.

Soumah MM, Bah H, Ndiaye M, Savy DF, Dia SA, Gaye Fall MC, Sow ML.....1 - 8

Rectal administration of misoprostol for delivery-induced hemorrhage: a preliminary study

Leno DWA, Sy T, Soumah AFM, Camara MK, Thera R, Keita N.....9 - 12

Indications and prognosis of caesarean section among HIVinfected patients in gynecology and obstetrics service of Gabriel Toure teaching hospital between 2003 to 2009

Traore Y, Traore Dicko F, Teguede I, Mounkoro N, Togo A³, Djire MY, Sissoko A, Diallo A, Bagayoko MA, Dolo T, Dolo A.....13 - 18

Epidemiology and clinical characteristics of menopause in cotonou

Alihonou E, Denakpo J, Adisso S, Teguede I, Amoussou M.....19 - 25

Tracking of the lesions meadow cancerous and of the cancers infra clinics of the collar of the uterus in the hospitals (chu) from cotonou in benin: contribution of the colposcopy

Tonato Bagnan JA, Denakpo JL, Hounkpatin B, Dassoundo UHA, Lokossou A, De Souza J, Perrin RX.....26 - 29

Analyse de l'impact de l'introduction du traitement antirétroviral sur l'offre de soins maternels et infantiles dans le district sanitaire de Nouna (Burkina Faso).

Traore / Millogo FD, Sie A, Soro M.....30 - 36

Evaluation de la prise en charge du cancer invasif du col de l'uterus au CHU de Yopougon (Abidjan)

Seni K, Horo A, Diakite M, Quenum G, Fanny M.....37 - 41

The umbilical prolapse cord at cocody hospital: epidemiology and fetal prognosis

Koffi A, Nigue L, Serdouma E, Gondo D, N'guessan KLP, Abauleth R, Boni S.....42 - 46

Genital prolapse surgery in teaching university hospital Souro Sanou of Bobo-dioulasso

Somé DA, Ouattara S, Rurangwa A', Sioho N, Bambara M, Dao B.....47 - 52

Risk factors and prognosis of premature rupture of membranes in the gynecology - obstetrics service of the reference health center of Bamako district V.

Thera T, Teguede I, Traore Y, Kouma A, Cisse K, Traore M.....53 - 56

CASE REPORT

FACTEURS DE RISQUE ET PRONOSTIC DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO

RISK FACTORS AND PROGNOSIS OF PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES IN THE GYNECOLOGY - OBSTETRICS SERVICE OF THE REFERENCE HEALTH CENTER OF BAMAKO DISTRICT V.

THERA T, TEGUETE I, TRAORE Y, KOUMAA, CISSE K, TRAORE M.

Correspondances : Dr THERA T. CHU Point G BP 333 Bamako Mali, Tel: 00223 66767252,
E-mail: tioukani@yahoo.fr

RESUME

But : Nous avons initié cette étude pour évaluer la fréquence de la rupture prématurée des membranes; identifier les facteurs de risque, et établir le pronostic materno-fœtal.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude cas-témoins avec appariement allant du 1^{er} Janvier 2005 au 31 décembre 2005 soit une période de 12 mois. Les critères d'appariement ont été l'âge gestationnel et la parité. Les données ont été analysées sur le logiciel Epi- info 6.04 et SPSS 11.0. Le test statistique utilisé a été le χ^2 . La différence a été considérée statistiquement significative pour les valeurs de $p < 0,05$.

Résultats : Nous avons recensé 7773 accouchements parmi lesquels 133 ruptures prématurées des membranes soit une fréquence de 1,6%. Les ruptures prématurées des membranes avant terme représentaient 32,3 % vs 67,7 % à terme. Les facteurs de risque les plus importants de rupture prématurée des membranes étaient les infections urinaires (OR = 5,9 [3,5 – 9,9]), les infections vaginales (OR = 9,4 [3,9 – 23]), et le stress physique (OR = 2,4 [1,1 – 5,2]).

Le pronostic fœtal était caractérisé par un risque accru d'accouchement prématuré (OR = 1,7[98-2,82]) tandis que les taux de mortinaissance étaient comparable dans les deux groupes ($p > 0,05$).

Conclusion : L'infection génito-urinaire est le principal facteur de risque de rupture prématurée des membranes dans notre contexte ; et le pronostic est dominé par un risque accru de prématurité.

Mots clés : Rupture prématurée des membranes, Facteurs de risque, Pronostic

SUMMARY:

Aim: We initiated this study to determine the incidence rate of premature rupture of membranes in our service; to identify risk factors and to precise maternal and fetal prognosis.

Material and methods: It's a matched case – control study running from January 1st, 2005 to December 31st, 2005. The matching criteria were gestational age and parity. Data were analyzed using Epi-info 6.04 and SPSS 11.0. χ^2 was the statistical used. Differences were considered statistically significant for p values $< 0,05$.

Results: We recorded 7773 childbirths among which 133 premature rupture of membranes giving an incidence rate of 1.6%. Preterm premature rupture of membranes constituted 32.3% versus 67.7% premature rupture of membranes at term. The most important risk factors for premature rupture of membranes were urinary tract infections (OR = 5.9 [3.5 – 9.9]), vaginal infections (OR = 9,4 [3,9 – 23]), and maternal physical stress (OR = 2,4 [1,1 – 5,2]).

Fetal prognosis was characterized by an increased risk of preterm delivery (OR = 1, 7[98-2, 82]).while the stillbirth rates were comparable between the two groups.

Conclusion: Genito-urinary tract infection was the main premature rupture of membranes risk factor in our context, and the prognosis was marked by an increased risk of preterm delivery.

Keywords: Premature rupture of membranes; Risk factors, prognosis

INTRODUCTION :

La rupture prématurée des membranes (RPM) est l'un des sujets les plus controversés de la pratique obstétricale [1,2]. Le dilemme de l'obstétricien réside dans la décision du timing de l'induction du travail avec un risque de prématurité suffisamment amoindri. Se posent aussi les questions d'antibiothérapie pour prévenir l'infection ovulaire ; de maturation pulmonaire pour minimiser le risque de détresse respiratoire.

Les facteurs de risque de la RPM sont nombreux et comprennent les infections urinaires et vaginales, les anomalies morphologiques congénitales ou acquises du tractus génital, les défauts d'accommodation, le stress physique maternel etc... [2, 3, 4, 5, 6].

Selon la littérature, la physiopathologie de la rupture prématurée des membranes est complexe. Trois ordres de facteurs sont rapportés : mécaniques, par surdistension utérine (hydramnios, grossesse multiple, béance cervicale) ; infectieux, faisant intervenir des cytokines (IL1-B, IL6, IL8 et TNF α), collagénase et prostaglandines ; et chimiques, souvent liés au tabagisme, en inhibant la fixation des macrophages sur les bactéries dans le mucus cervical [7, 8, 9, 10]. Si le pronostic maternel est souvent bon ; le pronostic fœtal dépend beaucoup de l'âge gestationnel et des pathologies associées [3, 6, 11]. Nous avons initié cette étude pour déterminer la prévalence de la rupture prématurée des membranes dans notre service ; identifier ses facteurs de risque et établir le pronostic maternel et fœtal.

METHODOLOGIE :

Cette étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Le centre est situé en zone périphérique en pleine croissance avec 10 centres de santé communautaires (CSCOM) qui s'y réfèrent. Le

centre a réalisé 9142 accouchements en 2011.

Il s'agit d'une étude cas – témoins avec appariement qui s'est déroulée du 1^{er} Janvier 2005 au 31 décembre 2005 soit une période de 12 mois.

Les cas étaient représentés par toutes les femmes enceintes présentant une rupture prématurée des membranes d'au moins 12 heures avant le début du travail accouchement. Ont été considérées comme témoins les femmes enceintes ne présentant pas de rupture prématurée des membranes qui ont consulté juste avant et juste après le cas. Les cas et les témoins ont été appariés sur l'âge gestationnel et la parité.

La rupture prématurée des membranes a été définie par l'ouverture de l'œuf avec écoulement de liquide amniotique avant tout début de travail.

Les variables étudiées étaient relatives à l'identité de la patiente ; aux antécédents personnels, à l'évolution de la grossesse, à l'examen clinique, au schéma thérapeutique et au pronostic materno-fœtal. Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête individuelle puis saisies et analysés sur le logiciel Epi- info 6.04 et SPSS 11.0. L'estimation du risque a été faite par l'étude de l'odds ratio (OR) et de son intervalle de confiance. Le test statistique utilisé a été le Khi². La différence a été considérée statistiquement significative pour les valeurs de P < 0,05.

LES RESULTATS :

I. Fréquence

Pendant la période d'étude nous avons recensé dans le service de gynécologiques obstétrique 133 cas de ruptures prématurées des membranes et 266 témoins.

Le nombre total d'accouchements réalisés dans le centre pendant la même période étaient de 7773. La fréquence de la rupture prématurée des membranes a ainsi été estimée à 1,6% (133/7773).

I. Facteurs de risque

| Facteurs de risque | Cas N = 133 | Témoins N = 226(266) | OR | IC | P |
|-----------------------------|----------------|----------------------------|------------|----------------|------------------|
| Hydramnios | 3,8% | 0,75% | 5,2 | 0,8-38,9 | <0,05 |
| Infection urinaire | 48,1% | 13,7% | 5,9 | 3,5-9,9 | <0,001 |
| Infection vaginale | 22,6% | 3,0% | 9,4 | 3,9-23 | <0,001 |
| Cervicite | 2,3% | 1,5% | 1,5 | 0,2-8,1 | >0,05 |
| Fibrome utérin | 0,8% | 0,4% | 2,01 | 0,0-73,9 | >0,05 |
| Stress physique | 13,5% | 6,0% | 2,4 | 1,1-5,2 | <0,05 |
| Grossesse multiple | 4,5% | 1,1% | 4,1 | 0,9-21,2 | <0,05 |
| Antécédents de RPM | 12% | 9,8% | 1,3 | 0,6-2,6 | >0,05 |
| Présentation non céphalique | 9,0% | 7,0% | 1,5 | 0,6-3,5 | >0,05 |
| Grossesses non suivies | 21,1% | 23,3% | 0,8 | 0,5-1,5 | >0,05 |

Parmi les facteurs de risque, la pathologie infectieuse (vaginite, cervicite, infections urinaires) étaient les plus représentées et concernaient 73% des cas et 16,8% des témoins. Les risques de rupture prématurée des membranes associés avec les vaginites, cervicite et infection urinaire étaient respectivement de 9,4 ; 5,9, et 1,5. (P<0,001)

II. Pronostic

| Complications | % parmi les cas | % parmi les témoins | OR | IC | P |
|---|-----------------|---------------------|------|------------------|------------------|
| Complications maternelles | | | | | |
| Césarienne | 23,3% | 14,6% | 1,8 | 1,0 – 3,1 | <0,05 |
| Chorioamniotite | 6 | 0 | - | - | <0,001 |
| Endométrite | 3 | 1,2 | 2,72 | 0,51 – 15,53 | >0,05 |
| Suppuration pariétale | 1,5 | 0 | - | - | > 0,05 |
| complications | 14 | 3 | 10,3 | 2,7 -46,1 | < 0,001 |
| Complications fœtales / néonatales | | | | | |
| Prématurité | 25,1 | 18,9 | 1,66 | 0,98-2,82 | <0,05 |
| Mort fœtale | 3,6 | 2,8 | 1,45 | 0,39-5,19 | >0,05 |
| Souffrance fœtale | 10,1 | 5,5 | 2,12 | 0,92-4,80 | >0,05 |
| Procidence du cordon | 0,7 | 0 | - | - | <0,001 |
| Avortement | 6,5 | 4,4 | 1,68 | 0,62-4,51 | >0,05 |
| complications | 46,7 | 31,7 | 1,41 | 0,90-2,21 | >0,05 |

Le pronostic maternel était dominé par un plus grand recours à la césarienne en cas de rupture prématurée des membranes avec une augmentation de 77% de la fréquence de césarienne parmi les RPM. La chorio-amniotite et la prématurité étaient les plus significativement associées à la rupture prématurée des membranes avec une différence significative (P<0,05).

DISCUSSION :

Notre étude a permis d'obtenir des résultats semblables à la plupart des auteurs [3, 6, 11, 12,13] avec une différence significative non seulement en termes de facteurs de risque mais aussi en termes de pronostic maternels et fœtal.

La fréquence 1,6 %, retrouvée dans notre étude soit est proche de celles rapportées par des études réalisées au Mali soit 0,9% selon Keita A M [11] dans le même service en 2002 ; 2,7% selon Traoré A [13].

Il est à noter que la RPM en soit n'est pas une indication de césarienne, cependant elle vient compliquer des pathologies préexistantes conduisant à la césarienne surtout en cas d'utérus cicatriciel ; de grande prématurité ou d'infection ovulaire [3,4,5].

Dans notre étude nous avons enregistré 23,3% d'accouchement par césarienne chez les cas contre 14,6% chez les témoins, soit un RR = 1,3. Cette

augmentation du risque de césarienne en cas de rupture prématurée des membranes est retrouvée par Téguté I. [12] et Andriamady et al [6] soit respectivement une augmentation de 10% et 20,9%.

Cela pourrait s'expliquer par la tendance préventive de l'obstétrique moderne et le nombre élevé des cas d'indication absolue dans notre étude : RPM associée à une présentation du siège ou à un utérus cicatriciel. Il y a eu un cas de procidence du cordon suite à la RPM dans notre étude. Aucun cas de procidence du cordon n'a été enregistré chez les témoins.

Les facteurs de risque les plus associés à la rupture prématurée des membranes ont été les infections urinaires et vaginales, les grossesses non suivies et le stress physique avec respectivement 48,1%, 22,6%, 21,1%, 13,5% avec une différence hautement significative pour les deux premiers soit P< 0,05. Cependant pour les grossesses non suivies la différence n'est pas significative soit P> 0,05. Certains auteurs ont retrouvé dans des contextes similaires au nôtre, les mêmes facteurs de risque. Ainsi, l'infection urinaire a été retrouvée dans 26% des cas dans l'étude d'Andriamady et al [6]. Pareillement, le risque potentiel de rupture prématurée des membranes associée aux infections génito-urinaires a été rapporté par Adisso S. Dans son étude, le risque de survenue d'une RPM était de

27.6 [15,3-50,8] en cas d'infection cervico-vaginale et 3,1 [2,2-4,2] en cas d'infection urinaire [3].

Le pronostic maternel a été le plus souvent bon. 23,3% des cas ont accouché par césarienne vs 14,6 % des témoins. La césarienne était surtout indiquée à cause de l'infection ovulaire et de la grande prématurité.

Pronostic fœtal a été grevé de morbidité et de mortalité fœtale importante. Ainsi dans notre étude nous avons enregistré 46% de complications, soit 25,1% de prématurité, 10,1% de souffrance fœtale et 3,7% de mort-nés. Cette morbidité et mortalité importante étaient surtout retrouvées dans les cas d'infections ovulaires liées à la RPM prolongée de plus de 5 jours.

Notre taux de mortalité fœtale était de 3,7%. Des taux relativement élevés ont été observés par des auteurs dans les pays développés [1, 2, 4, 5, 14]. Cette différence pourrait être liée à la méthodologie, notamment l'âge gestationnel inférieur à 28 semaines d'aménorrhée au moment de l'inclusion [1, 2, 5, 14] ou encore la non inclusion dans l'étude des ruptures prématurées des membranes à terme. [4].

CONCLUSION :

La rupture prématurée des membranes est une pathologie fréquente en obstétrique. Elle vient compliquer les pathologies existantes et compromet dangereusement le pronostic fœtal.

C'est pourquoi il est important de connaître les facteurs de risque en vue d'une meilleure surveillance de la grossesse.

Cependant la RPM peut survenir même en dehors de facteurs de risque. C'est pourquoi l'obstétricien doit rester vigilant au cours de la surveillance prénatale afin de prendre en charge de manière adéquate la RPM qui pourrait compromettre le pronostic fœtal voire maternel.

REFERENCES:

1. Jacquetin B, Fondrinier C. La rupture prématurée des membranes. Une énigme persistante. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1986, 15 : 30-37
2. Thoulon JM, Pasquier JC, Audra P. Surveillance du travail. Paris Masson 2003 : 273
3. Adisso S, Takpara I, Tégoué I et al. Facteurs de risque de la rupture prématurée des membranes à la maternité nationale de référence à Cotonou. Fondation Genevoise pour la formation et la recherche 23 Aout 2006

4. Tanir et al. Preterm premature rupture of membranes and neonatal outcome prior to 34 week of gestation in: *J. gynaecol. obstet* 2003; 82

5. Séo K, MC Grégor JL, French JL: Preterm birth is associated with increased risk of maternal and neonatal infection. *Obstet; gynecol.*1992, 79:75-80

6. Andriamady RCL, Rasamacliosa JM, Rovaonarivoh H, Ranfalahye J. Les ruptures prématurées des membranes vu a la maternité de Befelatanana, centre hospitalier universitaire d'Antanarivo 1998; *Arch Inst Paster Madagascar* 1999 ; 65(2) : 100-02

7. Rangaswamy N, Abdelrahim A, Moore RM et al. Biomécanique de la rupture des membranes fœtales. Les membranes fœtales sont plus résistantes avant terme qu'à terme. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, Vol. 39, (6) : 373-377

8. Kanayama N, Terao T, Kawashima Y et al. Collagen type in normal and prematurely ruptured amniotic membranes. *Am J Obstet Gynecol*, 1985, 153: 899-903

9. Boog G. Nouveautés dans le diagnostic et la prise en charge de la rupture prématurée des membranes. Lyon, Journées Henri-Pigeaud, 26 sep.1992

10. Naeye RL. Factors that predispose to premature rupture of the fetal membranes. *Obstet Gynecol* , 1982, 60: 93-98

11. Keita M A: la rupture prématurée des membranes : Aspect épidémiologique, cliniques et thérapeutiques au service de gyneco-obstetrique du centre de santé de référence de la commune 5. Thèse de Médecine Bamako 2002 N°23.

12. Tégoué I. Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital du point G de 1991 à 1993, à propos d'une étude cas témoin de 1544 cas thèse de médecine Bamako 1996 ; N° 7 : 133

13. Traoré A. Efficacité comparée de l'expectative armée et la conduite à tenir dans la prise en charge de la rupture prématurée des membranes à Bamako, thèse de Médecine 2001, N°10

14. Dreyfus M, Baldauf J J, Boesinger F et al. La rupture prématurée des membranes à terme, étude rétrospective de 88 cas. *Revue Française de gynécologie et obstétrique* 1995 ; vol 90 N°5-6 :275-80

