

# Rupture utérine : pronostic maternel et fœtal au centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio de Lomé

*Uterine rupture: maternal and fetal prognosis at the Sylvanus Olympio university hospital of Lomé*

Ketevi AA<sup>1\*</sup>, Bassowa A<sup>1</sup>, Ndendame TG<sup>1</sup>, Andele A<sup>1</sup>, Katende B<sup>1</sup>, Aboubakari AS<sup>2</sup>.

1- Université de Lomé, FSS, Département de Gynécologie obstétrique

2- Université de Kara, FSS, Département de Gynécologie obstétrique,

Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio, BP : 57, Tél : 00228 22 21 25 01/ 22 21 38 96. E-mail : chutokoinsp@yahoo.fr

(\*) **Correspondances** : Dr KETEVI Améyo Ayoko Université de Lomé, Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio 08 BP 8004 Lomé-Togo ; Téléphone : (00228) 91 88 80 88. E-mail : ktetevi@yahoo.fr

*Reçu le 13 octobre 2022 - Accepté le 12 décembre 2022 - Publié le 3 janvier*

## RÉSUMÉ

**Introduction** : Pour évaluer l'ampleur de la rupture utérine (RU), nous avons initié ce travail dont l'objectif général est de déterminer le pronostic materno-fœtal de la RU.

**Méthodes** : Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique, réalisée à la clinique de Gynécologie - Obstétrique du CHU SO, du 1<sup>er</sup> septembre 2020 au 31 août 2021, chez des patientes ayant présentée une RU diagnostiquée en pré, per ou post partum, et dont la prise en charge s'est faite à la clinique.

**Résultats** : La prévalence était de 0,3%. On notait 37 ruptures (56,1%) sur utérus sains. Quarante-neuf (75,2%) patientes avaient été référées. Elles étaient venues en taxi dans 68,2% des cas. Dans 9,8% des cas, le décès maternel était lié à un choc hémorragique. Vingt-deux patientes ont présenté des complications tardives à savoir : 68,2% d'anémie, 13,6% de suppuration pariétale et 18,2% d'endométrite. Quarante décès périnataux (60,6%) ont été enregistrés. Dans 53,8% des cas, les nouveau-nés n'avaient pas crié à la naissance et avaient bénéficié d'une réanimation intensive. Il y avait une différence statistiquement significative entre le délai de prise en charge de la RU et la survie périnatale avec une valeur  $P=0,043$ .

**Conclusion** : La prévention de la rupture utérine passe entre autre par la réalisation d'une consultation prénatale de qualité, la bonne surveillance du travail d'accouchement, une meilleure répartition géographique des structures de santé.

**Mots clés** : Rupture utérine, pronostic, Togo

## SUMMARY

**Introduction**: In order to evaluate the extent of uterine rupture (UR), we initiated this work whose general objective is to determine the maternal-fetal prognosis of UR.

**Methods**: This is a descriptive and analytical cross-sectional study, carried out at the Gynecology-Obstetrics clinic of the CHU SO, from September 1<sup>st</sup>, 2020 to August 31, 2021, in patients who had been diagnosed with RU during the pre-, per- or post-partum period, and who were managed at the clinic.

**Results**: The prevalence was 0.3%. There were 37 ruptures (56.1%) in healthy uteri. Forty-nine (75.2%) patients were referred. They came by taxi in 68.2% of cases. In 9.8% of cases, maternal death was related to haemorrhagic shock. Twenty-two patients presented with late complications: 68.2% anaemia, 13.6% parietal suppuration and 18.2% endometritis. Forty perinatal deaths (60.6%) were recorded. In 53.8% of the cases, the newborns were non-crying at birth and received intensive care. There was a statistically significant difference between the time to management of UR and perinatal survival with a P value of 0.043.

**Conclusion**: The prevention of uterine rupture requires, among other things, quality prenatal consultation, good monitoring of labour, and a better geographical distribution of health facilities.

**Key words**: Uterine rupture, prognosis, Togo.

## INTRODUCTION

La rupture utérine (RU) se définit comme étant une solution de continuité non chirurgicale au dépend du muscle utérin et/ou de sa séreuse [1]. Elle constitue une complication majeure en obstétrique. C'est une urgence chirurgicale qui met en jeu aussi bien le pronostic vital maternel que fœtal [2]. Elle survient au troisième trimestre de la grossesse ou pendant le travail d'accouchement et peut s'observer tant sur un utérus cicatriciel que sur un utérus sain (multipare++) [3]. Elle résulte très souvent d'un travail d'accouchement prolongé ou obstructif et encore d'une administration abusive d'ocytociques et/ou de prostaglandines [1,4]. En Afrique, une étude réalisée au Mali avait rapporté une fréquence de RU de 0,47% [5]. Au Togo, Akpadza et al ont évalué la fréquence des RU à 0,78% au Centre Hospitalier de Sokodé en 1996 [6]. Une mise à jour de cette fréquence s'avère utile afin d'évaluer les mesures mises en place par les pouvoirs publics afin de prévenir cette pathologie dont le pronostic demeure sombre. En effet, le Togo à travers la subvention de la césarienne [7], la politique de référence et de contre-référence et la subvention du suivi de la grossesse que constitue le programme Wezou [8], apporte une solution à la survenue et à la prise en charge des pathologies obstétricales graves. Cependant il en demeure des cas de RU. Pour évaluer l'ampleur d'une telle pathologie, nous avons initié ce travail au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU SO), centre national de référence, qui a pour objectif général de déterminer le pronostic materno-fœtal de la RU.

## METHODES :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique, réalisée à la clinique de Gynécologie - Obstétrique du CHU SO, du 1<sup>er</sup> septembre 2020 au 31 août 2021, chez des patientes ayant présentée une RU diagnostiquée en pré, per ou post partum, et dont la prise en charge s'est faite à la clinique de gynécologie-obstétrique du CHU SO. Nous avons inclus dans notre étude, toutes les patientes ayant présentée une rupture utérine pour cause obstétricale, diagnostiquée dans le service (n=66). Nous avons exclus, les patientes ayant présenté une déchirure limitée au col utérin; une plaie de l'utérus gravide d'origine traumatique; une perforation utérine provenant d'une manœuvre endo-utérine; ou ayant bénéficié d'une

hystérorraphie ou d'une hystérectomie dans d'autres structures sanitaires et consultant dans le service pour une quelconque prise en charge, après une rupture utérine; ou d'une hystérectomie à froid (programmée) pour causes gynécologiques. La collecte des données a été faite par interview direct au lit de la patiente et complétée par la lecture des dossiers et registres du service. Les variables étudiées étaient les données sociodémographiques, le mode d'admission, les antécédents personnels, l'examen général de la patiente, les conditions de l'accouchement, la prise en charge materno-fœtale. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel SPSS version 12.0 for Windows. Le test de Chi 2 a été utilisé avec un seuil de significativité,  $p = 0,05$ . Une autorisation N° 1162/2021/M SH P A U S / C H U - SO/DIR/DRH/SERV.PERS avait été obtenue de la direction du CHU SO.

## RESULTATS

Sur 19411 accouchements qui ont été réalisés, nous avons colligé 66 cas de RU, soit une prévalence de 0,3%. On notait 37 ruptures (56,1%) sur utérus sains et 29 (43,9%) sur utérus cicatriciels.

Quarante-neuf (75,2%) patientes avaient été référées vers le CHU Sylvanus Olympio, contre 24,8% de parturientes venues d'elles.

Les patientes étaient venues en taxi dans 68,2% des cas (Tableau I).

**Tableau I :** Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé

	n	%
<b>Taxi (Transport en commun)</b>	<b>45</b>	<b>68,2</b>
Voiture personnelle	11	16,7
Ambulance	3	4,5
Moto personnelle	2	3,0
Taxi-moto	5	7,6
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'âge, la parité le niveau d'instruction et la survenue ou non de rupture utérine sur utérus sain ou cicatriciel (Tableau II).

Un total de 11 décès a été enregistré, 5 décès avant admission et 6 décès pendant la prise en charge. Les 6 décès (9,8%), chez les patientes ayant bénéficié du traitement chirurgical étaient liés à un choc hémorragique (2 décès pendant l'intervention chirurgicale et 4 décès dans les suites opératoires immédiates).

**Tableau II :** Récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques et des antécédents en fonction de l'état de l'utérus gravide

	Utérus sain (n=37)		Utérus cicatriciel (n=29)		Total (n=66)		P value
	n	%	n	%	n	%	
<b>Age</b>							
Moyenne+/-ET	32,78 ± 5,00		31,21 ± 5,28		32,06 ± 5,14		0,23
[20 ; 25[	2	5,4	3	10,4	5	7,6	
[25 ; 30[	8	21,6	7	24,1	15	22,7	
<b>[30 ; 35]</b>	<b>11</b>	<b>29,8</b>	<b>10</b>	<b>34,5</b>	<b>21</b>	<b>31,8</b>	
[35 ; 40[	13	35,1	5	17,2	18	27,3	
> 40	3	8,1	4	13,8	7	10,6	
<b>Niveau d'instruction</b>							0,89
Non scolarisé	11	29,8	8	27,5	19	28,8	
<b>Primaire</b>	<b>14</b>	<b>37,8</b>	<b>14</b>	<b>48,3</b>	<b>28</b>	<b>42,4</b>	
Secondaire	10	27,0	5	17,2	15	22,8	
Supérieur	1	2,7	1	3,4	2	3,0	
Non renseigné	1	2,7	1	3,4	2	3,0	
<b>Parité</b>							0,29
Nullipare	2	5,4	0	0,0	2	3,0	
Primipare	5	13,5	8	27,6	13	19,7	
<b>Paucipare</b>	<b>23</b>	<b>62,2</b>	<b>18</b>	<b>62,1</b>	<b>41</b>	<b>62,1</b>	
Multipare	2	5,4	1	3,4	3	4,6	
Grande multipare	5	13,5	2	6,9	7	10,6	

Le nombre de décès était plus important dans le groupe des patientes sans antécédents de cicatrice utérine, mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Tableau III).

Vingt-deux patientes ont présenté des complications tardives à savoir : 68,2% d'anémie, 13,6% de suppuration pariétale et 18,2% d'endométrite.

Quarante décès périnataux (60,6%) ont été enregistrés au total dont 37 morts in utero constatées à l'admission et 3 décès à la naissance.

Nous avons enregistré 26 naissances vivantes (39,4%) dont 12 cas (46,1%) présentant un score d'Apgar compris entre 7 et 10 à la 1ère minute.

Quatorze nouveau-nés (53,8%) n'avaient pas crié à la naissance et avaient bénéficié d'une réanimation intensive. Neuf (9) d'entre eux ont été interné en néonatalogie pour asphyxie néonatale.

Il y avait une différence statistiquement significative entre le délai de prise en charge de la RU et la survie périnatale avec une valeur P=0,043 (Tableau IV)

**Tableau III :** Répartition des patientes en fonction de leurs évolutions et selon le type d'utérus

	Décès				Total	p value
	Oui		Non			
	n	%	n	%		
Utérus sain	9	25,0	28	75,0	37	0,06
Utérus cicatriciel	2	7,1	27	92,9	29	
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>17,2</b>	<b>53</b>	<b>82,8</b>	<b>66</b>	

**Tableau IV :** Répartition de la mortalité périnatale en fonction du délai de prise en charge (en minutes)

	Délai de prise en charge			Total	P value
	<20	[20 à 30[	[30 à 45[		
Décès périnataux	1	2	37	40	0,043
Survies périnatales	13	10	3	26	
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>40</b>	<b>66</b>	

## DISCUSSION :

La prévalence était de 0,3%. Ce taux est inférieur à celui de Baldé et al [9] en 2021 en Guinée qui a rapporté un taux de 0,44 %. Ceci pourrait s'expliquer par l'amélioration du système de référence et de contre référence d'une part et d'autre part le bon état relatif des routes, permettant une arrivée relativement plus rapidement des cas d'urgences obstétricales vers le CHU SO, centre national de référence au Togo. L'âge moyen de nos patientes a été de  $32,1 \pm 5,1$  ans avec des extrêmes de 22 ans et 42 ans. La tranche d'âge de 30 à 35 ans avait représenté 31,8%. Nguefack et al [10] en 2016 à Douala avaient également rapporté une représentativité de 47% de cette tranche d'âge. En effet, cette tranche d'âge est comprise dans l'intervalle de celle de la période de fécondité par excellence. En ce qui concerne le mode d'admission, 49 patientes (74,2%) ont été évacuées d'une autre maternité. Diallo et al. [11] avaient rapporté 88,78% de parturientes évacuées. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les centres de santé périphériques ne disposent pas d'antenne chirurgicale. Toutes les urgences obstétricales convergent vers le CHU-SO. Nous avons enregistré 11 cas de décès (16,7%) au total, dont 5 décès avant admission. Le taux de mortalité des patientes prises en charge était de 9,8%. Baldé et al. [9] avaient rapporté un taux de létalité de 14,6 %. Ce taux pourrait être dû au fait que la rupture utérine est une urgence chirurgicale, engageant rapidement le pronostic vital, par choc hémorragique; les différents retards observés dans notre étude et aussi c'est le centre national de référence, donc beaucoup de cas y convergent pourraient expliquer notre taux de mortalité relativement élevé. Les complications post opératoires ont concerné 22 patientes (36,1%). Nous avons noté 68,2% d'anémie, 13,6% de suppuration pariétale 18,2% d'endométrite. En effet la RU entraîne une perte massive de sang. Les complications infectieuses nous renvoient à plus de vigilance dans la prise en charge des cas de RU. La mort in utero liée à la rupture utérine résulte de la souffrance fœtale aiguë consécutive à l'arrêt de la circulation utéro-placentaire. Nous avons enregistré 26 naissances vivantes (39,4%) dont 12 cas (46,1%) avec un score d'Apgar compris entre 7 et 10 à la 1ère minute. La survie périnatale est donc conditionnée par une promptitude dans la prise en charge chirurgicale de la rupture utérine. Elle est un indicateur objectif de la qualité de la prise en charge de cette pathologie. Nous avons trouvé comme facteur influençant la survie fœtale principalement le délai de prise en charge. Nguefack et al [10] avaient rapporté un résultat similaire avec une p (value) de 0,007. Par contre Diallo et al [11] a rapporté comme facteur de mauvais pronostic, le sous-équipement de la réanimation néonatale mais aussi le retard de prise en charge

## CONCLUSION :

Les ruptures utérines sont encore une réalité en obstétrique au Togo. Le sauvetage maternel constitue la prise en charge de la RU et impose très souvent le recours à l'hystérectomie qui met un terme de façon définitive à la procréation. La prévention de cet accident obstétrical majeur passe par la réalisation d'une consultation prénatale de qualité, la césarienne prophylactique, le dépistage précoce des utérus fragiles, la bonne surveillance du travail d'accouchement, une meilleure répartition géographique des structures de santé et aussi, la formation et la remise à niveau régulière du personnel soignant.

## REFERENCES :

1. **Mamourou K.** Rupture utérine au cours de la grossesse. Encycl Méd Chir Obstétrique Elsevier, Paris, 2009 ;11p
2. **Mukassa P, Kabakyenga J, Senkungu JK.** Uterine rupture in a teaching hospital in Mbarara, western Uganda, unmatched case-control study. Report Health. 2013 ;10(1) :1
3. **Marpeau L, Lansac J, Teurnier F.** Traité d'obstétrique, Issy-les-Moulineaux, France, Elsevier Masson Paris, 2010, Vol.1, 647p
4. **Aziz N, Yousfani S.** Analysis of uterine rupture at university teaching hospital Pakistan. Pak J Med Sci. 2015 ;31 : 920-924
5. **Oumar T, Doumbia S, Samaké A, Bocoum A.** Pronostic materno-fœtal de la rupture utérine au cours du travail dans le District Sanitaire de la Commune V de Bamako. (Mali). Health Sciences and disease 21 (7), 2020.
6. **Akpadza K, Baeta S, Hodonou AKS.** Fréquence et pronostic des quatre grandes urgences médico-obstétricales du Centre Hospitalier Régional de Sokodé (Togo). Med Afr Noire 1996 ; 43(11) :592-95
7. **www.republiquetogolaise.com:** Campagne d'accélération pour la réduction de la mortalité maternelle en Afrique ; mai 2011.
8. Décret N° 2021-087/PR portant création du programme national d'accompagnement de la femme enceinte et du nouveau-né.
9. **Baldé IS, Sylla I, Diallo MH et al.** Évolution des Ruptures Utérines à la Maternité de L'hôpital National Ignace Deen (CHU de Conakry). Med Trop Sante Int. 2021;1(1):ZY14-QG95.
10. **Nguefack CT, Ekané GH, Nguoupeyou EA.** Rupture utérine à l'hôpital général de Douala : prévalence, facteurs associés, prise en charge et pronostic. Health sciences and disease 2016 ; 17(1) :1-6
11. **Diallo M, Baldé I, Mamy M.** Rupture utérine: aspect sociodémographique, étiologique et prise en charge à la Clinique universitaire de gynécologie et obstétrique de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry Guinée. Med Sante Trop. 2017 ;27(3):305-309