

La rupture utérine à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes sur une période de 10 ans

Uterine rupture at Fousseyni Daou Kayes hospital over a period of 10 years

Dembele S^{1,7}, Diassana M^{1,7}, Malcalou B^{1,7}, Sidibe A², Goita L^{3,7}, Diarra S^{4,7}, Daou I¹, Haidara M^{5,12}, Kane F^{6,12}, Camara F⁸.

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 Direction de l'Hôpital Fousseyni DAOU

⁵ Centre de Santé de Référence de Kalabancoro

⁶ Centre de Santé de Référence de Bla

⁷ Centre National de Recherche Scientifique et Technologique de Bamako

⁸ Direction régionale de la santé de Kayes

Correspondances : Dembele Sitapha Gynécologue-Obstétricien, Maître de Recherche
Hôpital Fousseyni Daou de Kayes au Mali, Téléphone : 0022375440385, Email : dsitapha@gmail.com

RESUME

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.

Objectif. Etudier les aspects épidémio-clinique, thérapeutique et 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 dans notre étude 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 avec une fréquence de 14,2%. Les cicatrices utérines étaient le premier facteur de risque avec 27,6%. Les ruptures complètes avaient représenté 81% et le siège était segmentaire dans 69,8% des cas. L'hystérorraphie avait été pratiquée chez 75,6% des parturientes. L'évolution a été favorable chez 59,52% des cas et l'anémie avait été la complication postopératoire la plus fréquente avec 34,1%. Le taux décès maternel a été de 7,9% et le taux de décès fœtal a été 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.

Mots clés : Rupture, Utérine, Hôpital, Kayes.

SUMMARY

Introduction. Uterine rupture is complete or incomplete non-surgical termination of the wall of the pregnant uterus. Indeed, it is a formidable obstetric affection whose maternal and fetal prognosis is poor in terms of morbidity and mortality.

Objective. Study the epidemiological and clinical aspects of uterine rupture at the Fousseyni Daou Hospital in Kayes.

Results. The frequency of uterine rupture was 0.3%. The average age of parturients was 29 years. Parturients had been evacuated in 78.74% of cases. Prolonged work was the first reason for evaluation with a frequency of 14.2%. Uterine scars were the first risk factor with 27.6%. Complete uterine ruptures represented 81% and the seat was segmentaire in 69.8%. Hysterrorraphy was performed in 75.6% of parturients. The evolution was favorable in 59.52% of cases and anemia was the main posoperative complication with 34.1%. The maternal death rate was 7.9% and the fetal death rate was 74.6%.

Conclusion. Uterine rupture is an obstetrical-surgical emergency whose prognosis depends on the speed of diagnosis and management.

Keywords. Rupture, Uterine, Hospital, Kayes.

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. Le premier écrit sur cette pathologie est l'œuvre de **Guillemeau** au début du XVIIème 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. 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**, en Espagne **Perez-Adan et al** ont trouvé une fréquence de 0,078%, aux USA sa fréquence est de 0,006%. 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. **Diallo et al.** 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. 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. 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. 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. A Kayes une seule étude avait été menée sur la rupture utérine en 2007, 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 étudier les aspects épidémiologiques 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 délabrements 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 Word 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 respecté pour chaque parturiente.

RÉSULTATS : 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%.



Figure 1 : Prévalence annuelle des ruptures utérines

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 évacuées 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. 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 effectué par les parturientes était de 2 heures 39 minutes avec des extrêmes de 15 minutes et 5 heures 30 minutes, écart type : 1 heure 47 minutes.

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%.

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 I : Répartition des cas de rupture utérine selon le 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 foetale 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.

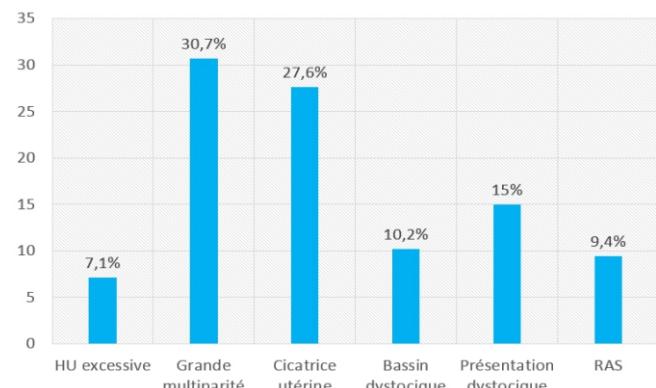


Figure 2 : Répartition des parturientes selon le facteur de risque.

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 II: Répartition des parturientes selon les circonstances 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
Manœuvre par Version Interne	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 perpétuum dans 84,3% des cas, en post-partum dans 11% des cas et en prépartum dans 4,7% des cas.

Dans notre série 81% des ruptures étaient complètes, 19% sous-séreuses. Le siège des ruptures était segmentaire dans 69,8%, segmento-corporéale 24,6% et corporéale 5,5%. 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 utilisé 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 réanimé. En post-opératoire 28,3% des cas de rupture utérine avaient reçu une thromboprophylaxie, 100% avaient reçu une antibioprophylaxie, 100% avaient reçu des analgésiques et 100% avaient également reçu du fer. L'évolution des suites opératoires a été favorable chez 59,5%, les patientes ont développé une périctonite, une fistule vésico-vaginale, l'infection pariétale et l'anémie dans respectivement 1,6% (2cas), 1,6% (2cas), 3,2%

(4cas), 27% (34cas) et le taux de létalité a été de 7,1%. Les causes de décès maternels étaient le choc hémorragique 60% (6cas), la septicémie et la périctonite 20% (2cas) chacun. Soixante-dix pour cent des décès ont lieu en hospitalisation (7cas), 30% au bloc opératoire (3cas). Nous avons observé 25,4% de nouveau-nés vivants, 65,1% des mort-nés frais et 9,5% de mort-nés macérés.

Tableau III : Répartition des patientes entre le pronostic foetal et la nature de la rupture utérine.

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

Khi-deux de Person : 0,04, le pronostic foetal 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. , Diakité Y. et Valère M k et all. avaient rapporté respectivement une fréquence de 1,1% ; 0,4% et 2,4%. Koita R. , Fané K. , Diakité I. , et Semé K. avaient rapporté respectivement une fréquence plus élevée de 0,18%, 0,016%, 0,03% et 0,13% de rupture utérine. Gueye L. au Sénégal en 2016, Kabibo S. au Bénin en 2015, et Amate P. 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'insuffisante 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. , Koita R. , Fané K. [17] et Camara S. 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. , 64,3% chez Camara S. , 77% chez Diakité Y. et 36, 1% Koita R. .

Par contre 35,4% n'avaient effectué aucune CPN, contre 30% ; 35,7% ; 23% et 24,2% respectivement chez Bako M M. , Camara S. Diakité Y. et Koita R.. 19,5% étaient suivies par les sages-femmes contre respectivement 48% 44%, 56% et 55% chez Bako M M. , Camara S. , Diakité Y. et Koita R. . Dans notre série 79,7% des parturientes avaient été évacuées et 21,3% étaient venues d'elles-mêmes. Traoré M. avait rapporté 92,6% des parturientes évacuées , Bako M M. avait rapporté que 89% de parturientes avaient été évacuées et 11% étaient venues d'elles même et Diakité Y. 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. avaient rapporté que 82% des parturientes évacuées par ambulance et 9% par un transport en commun, Koita R. avait trouvé 54% parturientes évacuées par ambulance et 7% par un transport en commun. Fané K. 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. , Camara S. , Diakité Y. , Koita R. , ceci pourrait s'expliquer par le fait que la fréquence des ruptures utérines croit 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. ; Koita R. et Diakité Y. 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 favorisants de la survenue de la rupture utérine. Dans notre série 14,2% des parturientes avaient été évacuées pour travail prolongé, 12,6% pour saignement sur grossesse, 7,1% pour souffrance fœtale aigue et 2,4% pour rupture utérine. Bako M M. avait rapporté que 33,8% des parturientes avaient été évacuées pour rupture utérine , 9,4% évacuées pour hématome rétroplacentaire et 7,2% évacuée pour

placenta praevia . FANE K. avait rapporté que 10% des parturientes avaient été évacuées 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. 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. 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. 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. , Koita R. et Diakité Y. avaient rapporté respectivement 44%, 72% et 67% de durée de travail =12h. L'utilisation de l'ocytocine avait été la cause de la rupture utérine chez 26,77% des cas. Berthé F K. , Camara S. et Diakité Y. 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. au Mali, et Diouf A. 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. , Camara S. 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-corporal dans 24,6% et corporal dans 5,5%. Bako M M. avait rapporté 45% de rupture segmentaire, 51,4% de rupture segmento-corporal et 3,6% de rupture corporale. Camara S. avait rapporté 80% de ruptures complètes. Le siège de la rupture était segmentaire antérieur dans 42,8%. Diakité Y. avait rapporté 71,1% de ruptures complètes et 38,9% ruptures incomplètes. Notre avons trouvé 8,7% de lésions vésicales. Bako M M. avait rapporté 13 % de lésions de pédicule utérin, 3,6% de lésions vaginales et 1,4 % de lésion vésicale. Koita R. a trouvé 48% de lésions du pédicule utérin, 32% de lésions vésicales et 12% de lésions vaginales. Diakité Y. 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. avait trouvé 47,1% d'hystérorraphie simple, 28,3% d'hystérorraphie plus ligature et résection des trompes, Camara S. avait rapporté 40% d'hystérorraphie simple. Notre taux est inférieur à ceux de Fané K. au MALI (91,9%), Guyot et al. en France (100%), Diaz et al. 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. et Camara S. qui avaient rapportés respectivement 13,2% et 10%. Notre taux est inférieur à ceux de Traoré M. , Gueye. et Goro M. 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. 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. , Camara S. et Diakité Y. 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 MM. qui avait rapporté 23,9% d'anémie, 4,3% de suppuration pariétale et d'endométrite. Diakité Y. 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%. Notre taux est inférieur à ceux de Camara S. et Bako M M. qui avaient rapporté respectivement 13,1% et 9,4% et nettement supérieur à ceux de Diakité Y. et Koita R. qui avaient trouvé respectivement 6,5% et 5%. Nous avions 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. qui avait rapporté 56%, et inférieur à celui de Bako M M. 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. 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. 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. Giuliano 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.** Ginecol Obstet 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.
- 8. Gueye L, Thiam M, Niang MM, Ba PA, Mahamat 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 Fousseyni Daou de Kayes. Thèse de médecine Bamako 2007 ; 131 : 98.
- 10. Koita R.** Aspect épidémiocliniques 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 MM.** Etude épidémioclinique 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;30:25-5.
- 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 Séguéla thèse de médecine Bamako 2010?; 443 : 83.
- 19. Kabibo S, Sambo B A, Tchaou B A, Sidi R, Denakpo J, Lokossou A, Perrin RX.** Les ruptures utérines à l'Hôpital de référence de Parakou (Bénin): 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 FK.** 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 épidémiocliniques, 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 Diadhiouf 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 Obstet Biol Reprod* 2010 ; 39 : 238-45.
- 24. Diaz SD, Jones JE, Seryakov M, Mann WJ.** *Uterine rupture and dehiscence:* ten-yearreview 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.