



Les ruptures utérines au cours du travail, observées au CHUA/GOB Antananarivo Madagascar

The uterine ruptures during the delivery which was observed in the gynaecological and obstetrical university teaching hospital of Befelatanana Antananarivo Madagascar

RABARIKOTO H.F.^{(1)*}, RANDRIAMAHAVONJY R.⁽¹⁾, RANDRIANANTOANINA F.E.⁽¹⁾, RAVELOSOA E.⁽¹⁾, SAMISON L.H.⁽²⁾,
ANDRIANAMPANALINARIVO H.R.⁽¹⁾, RABARIOELINA L.⁽²⁾, RASOLOFONDRAIBE A.⁽²⁾, BREDA Y.⁽²⁾

⁽¹⁾ Unité de Gynécologie - Obstétrique, CHU de Befelatanana Antananarivo, Madagascar

⁽²⁾ Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

RESUME

La rupture utérine, urgence obstétricale majeure, a fait l'objet d'une étude rétrospective au niveau du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana (CHUA/GOB) en 2006.

Trente-six ont été enregistrés sur 7152 accouchements, soit une rupture pour 199 accouchements. Le profil moyen est celui d'une femme âgée de 25 ans à 36 ans (n=20 ; 55,5%), multipare (n=22 ; 61,1%) et habitant en zone rurale (n=25 ; 69,4%). La plupart des gestantes n'ont pas bénéficié d'une consultation prénatale régulière (n=26 ; 72,2%). La suture utérine a été réalisée dans 60,9% des cas (n=23). Le pronostic était marqué par une mortalité prénatale très élevée.

Mots clés : Rupture utérine ; Multiparité ; Consultation prénatale ; Mortalité foeto-maternelle.

SUMMARY

Uterine rupture, a major obstetrical emergency, was the subject of a retrospective analysis in the year 2006, in Gynaecological and Obstetrical University Hospital Centre of Befelatanana in Antananarivo.

Thirty six cases of uterine rupture were recorded among 7152 childbirths, that as a rupture for 199 childbirths. Typical epidemiological features were aged 25 to 36 years-old (n=20; 55.5%), multipart (n=22; 61.1%) and rural residents (n=25; 69.4%). The most of the pregnant women were not regular for the prenatal examinations (n=26; 72.2%). Treatment consisted of uterine suture in 23 cases (60.9%). The prognosis was marked by a high rate of neonatal mortality.

Keywords: Uterine rupture; Multiparity; Prenatal examination; Fetal and maternal mortalities.

INTRODUCTION

A Madagascar, la rupture utérine constitue un problème obstétrical majeur, alors qu'elle est rarissime dans les pays développés où elle ne survient que sur des utérus cicatriciels [1].

Cette étude a été réalisée afin d'analyser l'aspect épidémiologique-clinique des ruptures utérines au sein d'un service de Gynécologie-Obstétrique de référence régionale et nationale.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, de tous les cas de ruptures utérines au cours du travail, pris en charge dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Befelatanana Antananarivo, sur une période de 12 mois (du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2006). Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux individuels de chaque patiente puis traitée et analysée par le logiciel Epi-info version 6.0. Ont été analysés la fréquence des ruptures utéri-

nes, l'âge des parturientes, leur parité, le nombre des consultations prénatales, l'état antérieur de leur utérus, leur provenance, ainsi que les facteurs obstétricaux des ruptures utérines, leur symptômes, leur formes et sièges, les traitements adoptés et les mortalités maternelle et foetale.

RESULTATS

Au cours de la période d'étude, 36 cas de ruptures utérines ont été enregistrés sur 7152 accouchements, soit une fréquence de 0,50%.

Du CHU d'Antananarivo, et de l'Université d'Antananarivo, Madagascar.

Auteur correspondant:

Dr. RABARIKOTO Hary Fanambintsoa

Adresse: Service de Gynécologie-Obstétrique
Maternité de Befelatanana
CHU d'Antananarivo Madagascar

Téléphone : +261 34 06 038 90

E-mail: hrabarikoto@yahoo.fr

La moyenne d'âge des patientes était de 32,4 ans avec un écart-type de 7,4 ans et des extrêmes de 18 ans et 46 ans. La parité moyenne a été de 4,61 enfants avec des extrêmes de 1 et 14 enfants. Vingt deux patientes (61,1%) étaient des multipares. Néanmoins, 3 cas de ruptures utérines ont été observés chez des primipares (Tableau I).

Tableau I : Répartition des parturientes selon leur parité.

| Parité | n | % |
|-----------|----|------|
| 1 | 3 | 8,3 |
| 2 ou 3 | 11 | 30,6 |
| 4 ou 5 | 13 | 36,1 |
| 6 ou plus | 9 | 25 |
| TOTAL | 36 | 100 |

Vingt six patientes (72,2%) n'ont pas suivi de consultations prénatales (CPN) régulières (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patientes selon le nombre des consultations prénatales (CPN) suivies

| CPN | n | % | p |
|-----------|----|------|--------|
| 0-3 | 26 | 72,2 | 0,0023 |
| 4 et plus | 10 | 27,8 | NS |

Six ruptures utérines survinrent sur des utérus porteurs de cicatrice de césarienne (Tableau III).

Tableau III : Répartition des ruptures selon l'état antérieur de l'utérus

| Etat de l'utérus | N | n | % | p |
|------------------|------|----|------|---------|
| Non cicatriciel | 6989 | 30 | 0,43 | NS |
| Cicatriciel | 163 | 6 | 3,68 | < 0,001 |

La majorité des parturientes (25 cas, soit 69,4%) provenaient des zones rurales. Dix neuf d'entre elles avaient été préalablement évacuées vers des centres de référence dans un rayon de 100 km. Parmi elles, 5 ont été suivies à domicile au cours du travail ($p < 0,001$).

Les ocytociques ont été utilisés dans 11 cas (30,6%) dont 8 fois en intramusculaire. La présentation de l'épaule négligée a été observée dans 7 cas, la présentation du siège dans 3 cas et la présentation transversale dans un cas.

Par ordre de fréquence, les symptômes rencontrés étaient une douleur abdomino-pelvienne d'intensité variable (13 cas, soit 36,1%), la perception du fœtus sous la peau à la palpation (10 cas, soit 27,7%), une hémorragie génitale (5 cas, soit 13,8%), un utérus en sablier (4 cas, soit 11,1%) et un état de choc (4 cas, soit 11,1%). Dans 20 cas (55,6%), la rupture utérine a été diagnostiquée au cours de la césarienne. La rupture a été complète dans 30 cas (86,1%) et a siégée au niveau segmento-corporéal dans 20 cas (55,5%). La suture utérine a été réalisée chez 23 patientes (63,9%), accompagnée de stérilisations tubaires dans 5 cas (13,9%). L'ampleur des lésions utérines a imposé une hystérectomie dans les 13 cas restants.

Deux parturientes sont décédées en salle de réanimation (5,5%) d'un état de choc septique post-opératoire.

La mortalité périnatale était de 88,9% (32 fœtus dont 30 décès intra-utérins et 2 mort-nés).

DISCUSSIONS

La fréquence de la rupture utérine varie de 1/1000 à 1/2000 en France [1], et est inférieure à 1/1000 accouchements aux Etats Unis [2, 3]. A Madagascar, il n'y a pas encore de résultat statistique disponible à l'échelle nationale. En Afrique, elle est de 0,6% au Centrafrique [4], de 0,78% au Togo [5], de 1,01% à Enugu [6], de 1,15% à Bamako [7], de 2,2% au Sénégal [8] et de 2,33 au Niger [9].

Dans notre série, nous constatons que les ruptures utérines atteignent des patientes relativement jeunes dont l'utérus est fragilisé par la multiparité et les présentations dystociques, et dont la grossesse a été mal suivie, cette négligence constitue un facteur de risque majeur avec une différence statistiquement significative ($p = 0,0023$). Dans les pays développés la cicatrice de césarienne antérieure constitue la première cause de rupture utérine, près de 85% des ruptures lui sont imputables [10, 11]. Même si dans notre étude la cicatrice utérine a constitué un facteur de risque non négligeable ($p < 0,001$), il paraît évident que les échecs d'accouchement à domicile qui représentaient 26,31% des motifs d'évacuation exposaient également à un risque élevé de rupture ($p < 0,001$). Ce dernier facteur explique aussi le survenue de rupture utérine chez les primipares dans l'étude de Mishra [12].

Dans notre série, l'utilisation inadaptée d'ocytocique a été retrouvée dans 30,6% des cas de rupture utérine. Elle a été retrouvée dans 23,8% des cas dans l'étude de Dolo, dans 30% des cas dans celle de Vangeenderhuysen, et dans 42% des cas dans celle de Dhaifalah [7, 9, 13].

Chez dix de nos patientes, la rupture a été diagnostiquée dès l'admission par la perception palpatoire du fœtus en intra abdominal, directement sous la paroi. Pour les autres patientes, c'est l'association de signes cliniques qui a permis de suspecter le diagnostic et d'indiquer la césarienne. De ce fait, la rupture a été confirmée dans la majorité des cas au cours de la laparotomie.

Du fait de sa fragilité, c'est le segment inférieur qui est le siège de prédilection de la rupture utérine [14, 15]. Dans notre étude, la lésion utérine a siégée dans plus de la moitié des cas au niveau segmento-corporéal, la brèche utérine ayant certainement débuté au niveau du segment inférieur et s'étant propagée au niveau du corps utérin à cause du retard de prise en charge. Ce retard de prise en charge est surtout favorisé par l'absence de plateau technique obstétrical d'urgence et l'enclavement des centres de santé référents.

L'hystérorraphie a été réalisée chaque fois que l'état de l'utérus, le siège et l'étendue de la lésion l'a permise. Chez 5 patientes, elle a été associée à une stérilisation tubaire bilatérale. Ce geste de stérilisation devrait être réalisé plus souvent car la plupart de ces patientes sont des multipares et vivent en milieu rurale.

Les trompes laissées intègres exposent à un risque très élevé de récurrence de la rupture utérine à la fin des éventuelles grossesses ultérieures, ce qui peut mettre en jeu le pronostic vital.

Deux décès maternels faisant suite à un état de choc septique ont été enregistrés. La non observance d'antibiothérapie en post-opératoire est due à la pauvreté de la plupart des patientes, le coût du traitement étant à la charge de ceux-ci. La forte mortalité périnatale de 88,9% s'avère parmi les plus importantes des chiffres retrouvés dans la littérature [7, 9, 12].

CONCLUSION

La rupture utérine est une affection obstétricale aux conséquences catastrophiques. La fréquence élevée que nous avons enregistré, ainsi que l'importante mortalité périnatale qui en découle suggèrent une synergie d'action entre les décideurs politiques, le personnel de la santé et la communauté elle-même pour promouvoir les consultations prénatales, la planification familiale, pour améliorer le système de santé grâce aux recyclages périodiques du personnel. De même, la mise en place de transports médicalisés au niveau de chaque Centre de Santé de Base en zone rurale s'avère nécessaire pour accélérer les évacuations sanitaires, afin de supprimer les retards de prise en charge.

REFERENCES

- Grossetti E, Vardon D, Creveuil C, Herlicoviez M, Dreyfus M. Rupture of the scarred uterus. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007; 86(5): 572-8.
- Ozdemir I, Yucel N, Yucel O Rupture of the pregnant uterus: a 9-year review. *Arch Gynecol Obstet.* 2005; 272(3): 229-31.
- Miller DA, Goodwin TM, Gherman RB, Paul RH. Intrapartum rupture of the unscarred uterus. *Obstetric and Gynecology.* 1997; 89: 671-3.
- Sepou A, Yanza MC, Nguembi E, et al. Les ruptures utérines à la maternité de l'hôpital Communautaire de Bangui (Centrafrique). *Med Trop.* 2002; 62: 517-20.
- Akpadza K, Baeta S, Hodonou AKS. Fréquence et pronostic des quatre grandes urgences médico-obstétricales du centre Hospitalier Régional de Sokode (Togo). *Med Afr Noire.* 1996; 43(11): 592-5.
- Ezegwui HU, Nwogu-ikojo EE. Trends in uterine rupture in Enugu, Nigeria. *J Obstet Gynaecol.* 2005; 25(3): 260-2.
- Dolo A, Keita B, Diabate FS, Maïga B. Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 21 cas à l'Hôpital National du Point « G », Bamako. *Med Afr Noire.* 1991; 38(2): 133-4.
- Cisse CJ, Faye EO, De Bernis L, Diadiou F. Rupture utérine au Sénégal : épidémiologie et qualité de la prise en charge. *Med Trop.* 2002; 62 : 619-22.
- Vangeenderhuysen C, Souidi A. Rupture utérine sur utérus gravide : étude d'une série continue de 63 cas à la maternité de référence de Niamey (Niger). *Med Trop.* 2002; 62: 615-8.
- Turner MJA, Agnew G, Langan H. Uterine rupture and labour after a previous low transverse caesarean section. *BJOG.* 2006; 113(6): 729-32
- Smith GC, Pell JP, Pasupathy D, Dobbie R. Factors predisposing to perinatal death related to uterine rupture during attempted vaginal birth after caesarean section: retrospective cohort study. *BMJ.* 2004; 329: 375-7
- Mishra S K, Morris N, Uprety D K. Uterine rupture: preventable obstetric tragedies? *Aus and NZ J of Obstet and Gynecol.* 2006; 46: 541-5.
- Dhaifalah I, Santavy J, Fingerova H. Uterine rupture during pregnancy and delivery among woman attending the AL-Thawra Hospital in Sana'a City Yemen Republic. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2006; 150(2): 279-83.
- Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Uterine rupture: differences between a scarred and an unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 191(2): 425-9.
- Gan Bai Liu. Opération de la rupture utérine à la maternité du Centre Hospitalier Départemental de Maradi (Niger). *Med Afr Noire.* 1999; 46(11): 516-9.