



Ruptures utérines: Étude de 57 cas vus au Centre Hospitalier Universitaire de Toamasina Madagascar

Uterine rupture: about 57 recruited cases at the teaching hospital of Toamasina Madagascar

J A RANDRIAMBELOMANANA ⁽¹⁾, Z A BOTOLAHY ^{(1)*}, T HARIMIADANTSOA ⁽²⁾, S A HERINIRINA ⁽³⁾,
A RAKOTOARIJAONA ⁽³⁾, H R RANDRIANAMPANALINARIVO ⁽²⁾

⁽¹⁾ Service de Gynécologie - Obstétrique. CHU de Toamasina Madagascar

⁽²⁾ Service de Gynécologie - Obstétrique. CHU d'Antananarivo Madagascar

⁽³⁾ Service de Chirurgie. CHU de Toamasina Madagascar

RESUME :

Justification : La rupture utérine est un accident obstétrical grave mettant en jeu à court terme le pronostic maternel et surtout foetal, nécessitant une prise en charge chirurgicale d'extrême urgence.

Objectif : Relater l'incidence, les facteurs étiologiques, le traitement et les évolutions maternelles et fœtales des ruptures utérines dans la région de Toamasina Madagascar.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective sur les ruptures utérines vues à la maternité du Centre Hospitalier de Référence Régionale de Toamasina sur une période de dix ans de 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2009.

Résultats : Cinquante sept cas de rupture utérine ont été recensés sur 23520 accouchements, soit une fréquence de 0,24 %, avec une nette diminution ces trois dernières années. L'âge moyen des victimes était de 30 ans. La rupture utérine était de 23% (13 cas) chez les primipares contre 51% (29 cas) chez les multipares. La grossesse n'a pas été suivie dans 28% (16 cas). Les facteurs mécaniques prédominaient (51%), suivis par le massage abdominal (16%) et le déclenchement par le Misoprostol (9%). Les lésions étaient segmentaires dans 74% (42 cas) et étendues dans 26% (15 cas). Le traitement conservateur était pratiqué dans 42% (24 cas). Les taux de mortalité maternelle et foétale étaient respectivement de 7 % (4 cas) et 91 % (52 cas).

Conclusion : Les dystocies mécaniques constituaient la principale cause de rupture utérine dans notre étude. Une consultation prénatale de qualité devrait réduire cet accident.

Mots-clés : Accouchement, Facteurs de risque, Hémorragie, Hystérectomie, Rupture utérine.

SUMMARY:

Justification: As an obstetrical emergency, uterine rupture represents a serious obstetrical accident, menacing maternal and fetal life in short time. An extreme urgent surgical intervention is required.

Objective: Our aim is to describe the incidence, the factors, the cure and the maternal and foetal evolutions of the uterine ruptures in the region of Toamasina Madagascar.

Methodology: It was a retrospective study about uterine ruptures treated in the Gynecological and Obstetrical Service at the Referential Regional Hospital of Toamasina during ten years, from 1st January 2000 to 31st December 2009.

Results: Among 23520 vaginal deliveries, 57 cases of ruptured uterine were noticed, such as 0.24% as rate. Though, it tended to decrease since the last three years. The median age was 30 years old. Primipares and multipares were respectively 23% (13 cases) and 51% (29 cases). Antenatal care was absent in 28% (16 cases). Mechanical factors prevailed (51%), followed by abdominal massage (16%) and induction of labour by Misoprostol (9%). Lesions were mainly localized in the lower segment (74%), and complicated in 26% (15 cases). Conservative treatment was performed in 42% (24 cases). Maternal and fetal mortality rates were respectively 7% (4 deaths) and 91% (52 deaths).

Conclusion: Mechanical factors still prevailed in our study. Correct antenatal care is needed to prevent it.

Keywords: Bleeding, Childbirth, Hysterectomy, Risk factors, Uterine rupture.

INTRODUCTION

La rupture utérine est un accident obstétrical grave, caractérisé par la présence d'une solution de continuité partielle ou complète sur un utérus gravide [1]. Il s'agit d'une urgence chirurgicale majeure mettant en jeu à court terme le pronostic maternel et surtout foetal. L'incidence varie selon les pays avec un taux particulièrement élevé dans les pays en voie de développement [2-5]. L'objectif de cette étude est de déterminer les facteurs étiologiques de la rupture utérine dans notre maternité et d'en évaluer l'issue materno-foetale.

METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale sur

Du Service de Gynécologie et Obstétrique, Maternité du CHU de Toamasina, Madagascar.

*Auteur correspondant:

Dr. BOTOLAHY Zafindravola Angelina

Adresse: Service Maternité
CHU Toamasina
Madagascar

Téléphone : +261 32 02 323 34

E-mail: bvola146@yahoo.fr

les ruptures utérines vues à la maternité de référence de Toamasina pendant la période allant de 1^{er} Janvier 2000 au 31 Décembre 2009. Toutes les femmes qui ont présenté une rupture utérine à l'examen clinique ou découverte en peropératoire sur une grossesse de plus de 24 semaines d'aménorrhée étaient incluses dans notre étude. Les données démographiques, les facteurs obstétricaux ainsi que l'issue materno-fœtale ont été analysés à partir des dossiers médicaux et des comptes-rendus opératoires.

RESULTATS

Nous avons recensé 57 cas de rupture utérine sur 23520 accouchements sur une période de dix ans, soit une fréquence de 0,24%. La figure 1 montre l'évolution annuelle de la rupture utérine. L'âge de nos patientes variait de 16 à 43 ans avec une moyenne de 30 ans et un pic maximal (32%) entre 25 et 30 ans (Figure 2). La survenue de la rupture utérine était respectivement de 23% (13 cas), 26% (15 cas) et de 51% (29 cas) chez les primipares, les paucipares et les multipares (Tableau I). Vingt huit pourcent de nos patientes (16 cas) n'avaient bénéficié d'aucune consultation prénatale. Le tableau II récapitule les étiologies de la rupture utérine. La lésion siégeait sur le segment inférieur chez 42 cas (74%) et s'étendait sur les structures voisines chez 15 cas (26%), en l'occurrence au ligament large (7 cas), au col (5 cas) et au vagin (3 cas). Le traitement était conservateur chez 42% des patientes (24 cas). Au total, nous avons déploré 4 décès maternels (7%) dont trois par suite d'hémorragie et une par embolie pulmonaire. Dans les suites opératoires, 18 cas d'anémie sévère ont été notés (32%), 17 cas de complications infectieuses (30%) et trois cas de fistule vésico-vaginale (5%). Le taux de mortalité fœtale s'élevait à 91% (52 cas).

DISCUSSION

La rupture utérine est devenue un accident rare dans les pays développés où son incidence est de 0,07 % aux Etats-Unis [6] et de 0,09 ‰ à 0,09 % dans certains pays de la péninsule arabique et de l'Asie [7-9]. Pourtant en Afrique, son taux varie de 0,23 à 3,2 % [2-5] avec un moyenne d'âge de 30 ans environ [2, 4, 7], comme retrouvée dans notre série. Ces trois dernières années, nous avons noté une nette réduction de ce taux de prévalence, probablement suite à la mise en place de la politique nationale de gratuité de l'opération césarienne dans notre pays. Le rôle de la multiparité est bien connu [4, 7, 8, 10] et a été encore confirmé par notre étude. L'absence de suivi prénatal est un facteur de risque indéniable. Elle a été notée dans plus de la moitié des cas dans certains pays d'Afrique [3, 4, 7] et chez 28% de nos patientes. La consultation prénatale du troisième trimestre, en particulier celle du huitième mois, devrait en effet permettre de dépister les anomalies mécaniques susceptibles d'entraver l'accouchement et de prévoir ainsi les modalités d'accouchement [11]. Dans notre étude, le taux de couverture

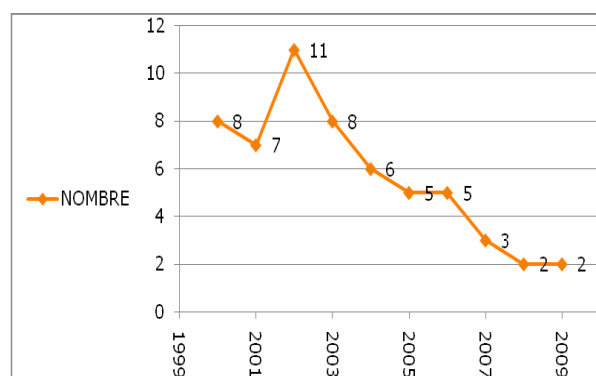


Figure 1 : Évolution annuelle de prévalence des ruptures utérines

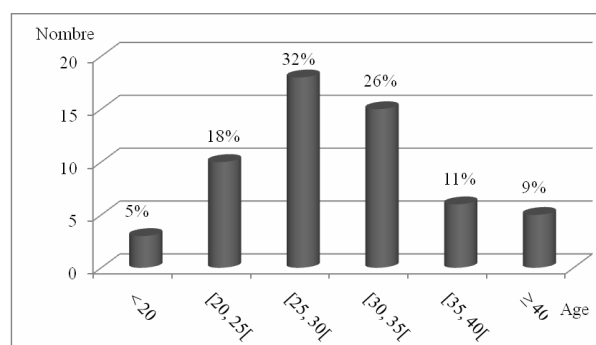


Figure 2 : Répartition des patientes selon leurs tranches d'âges

Tableau I : Répartition des patientes selon leur parité

Parité	N	%
Primipare	13	23
Paucipare	15	26
Multipare	29	51
Total	57	100

Tableau II : Étiologies de la rupture utérine

Étiologies	N	%	
Cicatrices utérines (10 cas, 17,5%)	Unicatriciel	8	14
	Bicatriciel	2	3,5
	Extractions instrumentales	1	1,5
Causes Iatrogènes (18 cas, 31,5%)	Embryotomie	2	3,5
	Ocytociques	1	1,5
	Misoprostol	5	9
Dystocies Mécaniques (29 cas, 51%)	Massage abdominal	9	16
	Bassin rétréci	10	17,
	Macrosomie	10	17
	Obstacle prævia	2	3,5
Présentations dystociques	7	12,51	
Total	57	100	

en matière de consultation prénatale est relativement élevé (72%) ; toutefois les causes mécaniques représentaient encore 51% des cas. D'ailleurs, cette prédominance des causes mécaniques est commune aux pays en voie de développement en raison de manque d'assiduité des patientes aux rendez-vous de suivi, au non dépistage de ces anomalies par les prestataires des soins et au problème d'accès au centre chirurgical lié à l'infrastructure routière [7]. Ce travail nous a permis de soulever une étiologie spécifique dans notre région, telle que le massage abdominal sur un utérus gravide (16%). Cette pratique traditionnelle souvent associée à une prise des décoctions à forte activité utérotonique semble favoriser la survenue de la rupture utérine. L'utilisation abusive et non contrôlée d'ocytocique constitue un facteur étiologique classique. Son implication est diversement appréciée selon les pays, les protocoles utilisés et les moyens de surveillance disponibles dans chaque maternité. Elle est évaluée à 23,82% à Bamako [10]. Par ailleurs, le risque serait plus élevé avec la prostaglandine qu'avec les ocytocines [12, 13]. La rupture utérine sur un utérus cicatriciel ne représente que 17,5% des cas dans notre série. Ce résultat est similaire à ceux retrouvés en Ethiopie et à Bamako [4,10]. Il semble que la rupture utérine sur un utérus cicatriciel soit plus fréquente dans les pays développés [13]. Le segment inférieur constitue le siège de prédilection de rupture utérine [4, 8, 14] et ceci a été confirmé par notre étude (72%). Les extensions les plus fréquemment décrites sont surtout vésicales [13-15]. Notre taux de traitement conservateur était faible (42%) comparé à ceux retrouvés dans la littérature [2, 7, 10]. Cette indication large d'hystérectomie s'expliquait surtout par un état hémodynamique instable au moment du diagnostic et au manque de produits sanguins labiles, nécessitant un geste d'hémostase rapide. Le taux de morbidité reste lourd. Le caractère urgent du geste d'hémostase et l'anémie liée à la déperdition sanguine exposent ces patientes à des risques infectieux sévères. Les fistules obstétricales sont fréquentes, entraînant un problème d'insertion sociale majeure [16]. Notre taux de décès maternel (7%) est superposable à ceux des autres pays en voie de développement qui varient de 4,7 à 11,1% [2, 4, 7, 10]. L'état de choc lié à l'hémorragie en est la principale cause. Notre taux de mortalité fœtale (91%) est très élevé. Il est similaire à ceux retrouvés en Ethiopie (98,1%) et à Bamako (95%) mais nettement supérieur à ceux retrouvés dans d'autres pays en voie de développement [2, 4, 7, 10].

CONCLUSION

Les facteurs mécaniques et le massage abdominal sur utérus gravide sont les principales causes de rupture utérine dans notre région. Des suivis prénataux réguliers et de qualité devraient réduire le taux de cet accident. Une prise en charge précoce s'avère primordiale.

REFERENCES

1. Qi Li Ya, Chen Yu, Dolo A. La rupture utérine à l'hôpital régional de Sikasso : à propos de 126 cas. *Med Afr Noire*. 2000;47(2):111-3.
2. Vangeenderhuysen C, Souidi A. Rupture uterine sur utérus gravide: étude d'une série continue de 63 cas à la Maternité de Référence de Niamey (Niger). *Med Trop*. 2002;62(6):615-8.
3. Ebeigbe PN, Enabudoso E, Ande AB. Ruptured uterus in a Nigerian community: a study of sociodemographic and obstetric risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84:1172-4.
4. Gessesew A, Mengiste MM. Ruptured uterus - Eight year retrospective analysis of causes and management outcome in Adigrat Hospital, Tigray region. *Ethiop J Health Dev*. 2002;16(3):241-5.
5. Cisse CT, Faye EO, De Bernis L, Dujardin B, Diadhio F. Césarienne au Sénégal : couverture des besoins et qualité des services. *Cahier Santé* 1998;8(5):369-77.
6. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med*. 2004;351(25):2581-9.
7. Padhye SM. Rupture of the pregnant uterus. A 20 years review. *Kathmandu Univ Med J*. 2005;3(3):234-8.
8. Al Sakka M, Hamsho A, Khan L. Rupture of the pregnant uterus. A 21-year review. *Int J Gynecol Obstet*. 1998;63(2):105-8.
9. Wang YL, Su TH. Obstetric uterine rupture of the unscarred uterus. A twenty year clinical analysis. *Gynecol Obstet Invest*. 2006;62(3):131-5.
10. Dolo A, Keita B, Diabate FS, Maiga B. Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 21 cas à l'hôpital national de Point « G », Bamako. *Med Afr Noire*. 1991;38(2):133-4.
11. Cissé C-T, Kokaina C, Ndiaye O, Moreau J-C. Epreuve du travail dans les dystocies osseuses modérées au CHU de Dakar. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2004;33(4):312-18.
12. Vercoustre L, Roman H. Essai de travail en cas de césarienne antérieure. *Revue de la littérature Obstet*. 1998;63(2):105-8.
13. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med*. 2001;345: 3-8.
14. Salema AI, Makhseedab M, Ahmedb MA, Gupta M. Rupture of the gravid uterus. Experience of the Maternity Hospital. *Med Princ Pract*. 2000;9:97-105.
15. Mokgokong ET, Marivate M. Treatment of the ruptured uterus. *S Afr Med J*. 1976; 50(41):1621-4.
16. Singh O, Gupta SS, Mathur RK. Urogenital fistulas in women: 5-year experience at a single center. *Urol J*. 2010 Winter;7(1):35-9.