



Ruptures de l'utérus sain au cours de la grossesse au centre de santé mère et de l'enfant de Zinder.

Ruptures of the healthy uterus during pregnancy at the mother and child health center of Zinder.

Oumarou garba S^{1*}, Salifou Lankoande Z¹, Oumara M², Amadou I³ A, Hassane L⁴, Nabara I¹, Bahe R² Nayama M².

Mots-clés :

rupture utérine,
morbi-mortalité
maternelle et
périnatale,
hystérectomie,
Zinder.

Résumé

Objectif : décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques de la rupture utérine (RU) au centre de santé de la mère et de l'enfant de Zinder.

Matériels et méthodes : il s'agissait d'une collecte rétrospective des données de janvier 2017 au 31 décembre 2020. Étaient inclus, les patientes ayant présentées une rupture utérine sur utérus sain.

Résultats : l'étude a porté sur 102 cas de ruptures utérines sur utérus sain soit une fréquence de 1,49%. Les patientes étaient référées dans 84,30% des cas (n = 86). L'âge moyen était de 30,59 ans, avec des extrêmes de 19 ans pour la moins âgée et 45 ans pour la plus âgée. La parité moyenne était de 5,77% et variait de 0 parité pour la plus faible à 14 parités pour la plus élevée. Les multipares (n = 79), sans niveau d'instruction (n = 93), avec grossesses non suivies (n = 39) étaient retrouvées dans respectivement 77,46%, 91,2% et 32,2% des cas. La rupture utérine était franche avec la présence du fœtus sous la peau dans 68,6% (n = 70). L'hystérectomie était réalisée dans 32,4% des cas (n = 33). La transfusion sanguine était faite dans 86,3% des cas (n = 88). Le taux de décès maternels était de 7,8% (n = 8) et la mortalité périnatale était de 95,10% (n= 97).

Conclusion : La rupture utérine sur utérus sain était fréquente au CSME avec une mortalité maternelle et périnatale non négligeable, elle avait concerné des multipares, sans niveau d'instruction de différents âges. La morbidité était dominée par l'anémie et la fistule vésico-vaginale (FVV).

Keywords:

Uterine rupture,
maternal and
perinatal
morbidity and
mortality,
hysterectomy,
Zinder.

Abstract

Objective: to describe the epidemiological, clinical, therapeutic and prognostic aspects of uterine rupture (UR) at the mother and child health center of Zinder.

Materials and methods: this was a retrospective collection of data from January 2017 to December 31, 2020. Included were patients who presented with a uterine rupture on a healthy uterus.

Results: the study focused on 102 cases of uterine rupture on a healthy uterus, i.e. a frequency of 1.49%. Patients were referred in 84.30% of cases (n = 86). The average age was 30.59 years, with extremes of 19 years for the youngest and 45 years for the oldest. The average parity was 5.77% and varied from 0 parity for the lowest to 14 parities for the highest. Multiparas (n = 79), with no level of education (n = 93), with unattended pregnancies (n = 39) were found in 77.46%, 91.2% and 32.2% of cases respectively. Uterine rupture was frank with the presence of the fetus under the skin in 68.6% (n = 70). Hysterectomy was performed in 32.4% of cases (n = 33). Blood transfusion was done in

86.3% of cases (n = 88). The maternal death rate was 7.8% (n = 8) and perinatal mortality was 95.10% (n = 97).

Conclusion: Uterine rupture on a healthy uterus was frequent in the CSME with significant maternal and perinatal mortality, it concerned multiparous women, with no level of education of different ages. Morbidity was dominated by anemia and vesicovaginal fistula (VVF).

Introduction

La rupture utérine (RU) est une solution de continuité non chirurgicale partielle ou complète sur un utérus gravide [1]. En effet, elle survient dans un contexte de dystocie, et demeure une affection obstétricale redoutable dont le pronostic materno-fœtal est mauvais sur le plan de la morbidité et de la mortalité [2,3]. La rupture utérine est plus fréquente dans les pays en développement. C'est une urgence vitale entraînant le décès maternel (0-1% dans les pays développés et 5-10% dans les pays en développement [4]. En Afrique au sud du Sahara, elle varie de 0,24 à 2,3 % accouchements [5,6]. Au Niger, malgré les orientations de la politique nationale de la santé de la mère et de l'enfant du Plan de développement sanitaire (PDS 2017-2021), les ruptures utérines étaient enregistrées dans nos services de Centre de Santé de la Mère et de l'Enfant (CSME). L'objectif de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques maternel et néonatal des ruptures utérines sur utérus sains.

Patients et méthode

Il s'agissait d'une étude collecte rétrospective d'une période de 2 ans du 1er janvier 2017 au 31/12/2018, réalisée au Centre de la Santé de la Mère et de l'Enfant (CSME) de Zinder. Étaient incluses dans l'étude toutes les patientes admises et prises en charge pour une rupture utérine diagnostiquée, dont les dossiers étaient complets. Étaient exclues, toutes les patientes dont les dossiers étaient incomplets.

Les variables d'étude étaient les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude, les signes cliniques, et les gestes

réalisés et le pronostic maternel et périnatal. La collecte des données a été faite à partir des dossiers des patientes, et du registre du bloc opératoire du CSME. Les données contenues dans ces documents ont été collectées à partir d'une fiche d'enquête et analysées avec les logiciels Epi info 3, 4 et 5 ; Excel 2013 ; et Word 2013.

Résultats

Durant la période de l'étude (1^{er} janvier 2017 au 31/12/2018), nous avons enregistré 102 cas de rupture utérine sur utérus sain pour 6825 accouchements, soit une incidence de 1,49%.

La moyenne d'âge de notre série était de 30.59 ans, avec des extrêmes de 15 ans pour la moins âgée et 45 ans pour la plus âgée. Le constat des caractéristiques sociodémographiques, montre que la catégorie d'âge la plus concernée était celle comprise entre 29-34 ans (30,4%). Elles étaient toutes en union de mariage (100%), femmes au foyer (98%), multipares (77,45%), référées (84,30%), de provenance rurale (71,6%), sans aucun suivi de grossesse (38,2%), **tableau I.**

Affiliations :

1. Gynécologie-obstétrique, Centre de santé de la mère et de l'enfant de Zinder, Université de Zinder, Niger.
2. Gynécologie-obstétrique, Université Abdou Moumouni, Niamey
3. Centre de santé de la mère et de l'enfant de Maradi, Université Dan Dicko Dankoulodo, Maradi
4. Service d'anesthésie réanimation, Hôpital National de Zinder, Université de Zinder, Niger.

*Correspondant : OUMAROU GARBA
Souleymane souleyfazo@gmail.com

Tableau I : présente la répartition des caractéristiques sociodémographiques des patientes.

Variables		n	%
Age (année)	15-19	1	0,99
	20-24	8	7,84
	25-29	24	23,53
	30-34	31	30,40
	35-39	20	19,60
	40-44	16	15,68
	45	2	1,96
Parité	0	1	0,99
	1	7	6,86
	2-3	15	14,70
	≥ 4	79	77,45
Statut matrimonial	Marié	102	100
Profession	Femme au foyer	98	96,07
	Fonctionnaires	4	3,93
Mode d'admission	Référée	73	71,6
	Non référée	29	28,4
Provenance	Rurale	86	84,32
	Urbain	16	15,68
Suivi de grossesse	Aucun	39	38,24
	1	20	19,60
	2	26	25,50
	≥ 3	17	16,66

La distance moyenne entre le CSME et les localités de référence était de 87,5 km et le délai moyen d'admission est de 73,74 mn pour atteindre la structure de prise en charge, **tableau II.**

Le tableau clinique était, les présentations vicieuses 15,68% (n = 16), le travail dystocique 59,80% (n = 61) la douleur abdomino-pelvienne associée aux métrorragies 100% (n = 102), le présence du fœtus sous la peau dans 70 68,6% (n = 70). Sur le plan thérapeutique, la laparotomie est effectuée chez toutes les patientes. A l'exploration, la rupture était segmentaire dans 82,35% des cas (n = 84) et complète dans 79,4% des cas (n = 81), les lésions associées de la vessie étaient notées dans de 3,9%. Le traitement conservateur (hystéroraphie) était effectué chez 67,6% des patientes (n = 69) et l'hystérectomie chez 32,4% (n = 33). La transfusion sanguine était réalisée dans 86,3 % (n = 88).

Le décès maternel était de 7,8% (n = 8) et la mortalité périnatale était de 95,10% (n = 97).

Tableau II : présente la répartition selon les districts de provenance, la distance parcourue et le délai d'admission.

Districts sanitaires	Distance (Km)	Délai d'admission (min)	n	%
Mirriah	20	24	38	37,26
Matameye	95	88	13	12,75
Zinder-ville	3	10	13	12,75
Magaria	96	91	12	11,76
Gouré	166	131	11	10,78
Tanout	145	75	15	14,70

Discussion

La fréquence de la rupture utérine dans notre série était de 1,49%. D'autres études en Afrique subsaharienne retrouvaient des fréquences relativement variables. La fréquence est considérablement influencée par les facteurs de risque et la qualité des soins maternels au niveau des pays [7] : Fane et al, au Mali avec 3,7% [7], Salifou et al, au Bénin avec 0,7% [8], Baldé et al, avec 0,44% en Guinée [9] et Gueye

et al, au Sénégal avec 0,58% [10]. La fréquence élevée des ruptures utérines dans notre étude prouve que la question de la rupture utérine est toujours d'actualité, car malgré les diverses stratégies et les infrastructures mises en place pour améliorer la santé maternelle au Niger, la rupture utérine augmente le lot des urgences obstétricales. Elle est le reflet des dysfonctionnements du système de santé notamment les trois retards qui caractérisent les systèmes de santé dans les pays en

développement. La moyenne d'âge de 30,59 ans retrouvé dans cette étude concorde avec celle de plusieurs études africaines qui notaient un âge moyen autour de la trentaine [8, 11]. La multiparité et le jeune âge étaient constamment retrouvés dans d'autres études [4, 10,12]. Dans nos pays, la rupture utérine reste l'apanage des utérus fragilisés par la multiparité, le plus souvent dans un contexte de disproportion foeto-pelvienne ou de présentations dystociques laissées à elles-mêmes vivant en milieu rural [11,13, 15]. Ce constat était fait dans notre étude avec 77,45% des multipares, 84,32% résidant en milieu rural 84,32 % et un travail dystocique 15,68%. La rupture utérine complète a concerné 79,4% (n = 81) des patientes dans notre étude, cette proportion de ruptures complètes était rapportée par d'autres auteurs africains [14,16, 17]. La lésion associée à la rupture utérine était la fistule vésico-vaginale (FVV) dans notre étude chez 3,9%, Chudal [18] et Traoré [19] avaient trouvé respectivement 8,3% et 3,06% de fistule. La chirurgie conservatrice était réalisée chez 67,6%, ce résultat est superposable à celui trouvé par Gueye [10] avec 70,3%, mais en dessous celui de Philémon [19] 52,40%, par contre dans l'étude de Cissé [20] le traitement radical était de 78 %. Le délai moyen de référence dans notre étude était de 73,74 mn avec 8 cas de décès maternels enregistrés soit 7,8%. Le taux de décès maternels varie selon les études, ainsi Rabarikoto [12] a rapporté dans sa série 5,5% au Madagascar et Kajal [22] 4.76% en Inde, et aucun décès dans la série de Nayama et al au Niger. Ce taux variable de décès maternels, pourrait s'expliquer par le délai écoulé pour le recours aux soins, celui de référence du premier niveau jusqu'au centre de référence, mais aussi le délai de diagnostic et de prise en charge dans le centre de référence. Le mauvais pronostic maternel pourrait être amélioré par un suivi prénatal, un recours aux soins précoce et une disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) de qualité. La

mortalité périnatale était de 95,10% dans notre étude, ce taux dépasse ceux rapportés par Jacques [23] en RDC et Gueye [10] au Sénégal avec respectivement 72,04% et 89,02%. Du point de vue de la morbidité maternelle dans notre étude, l'anémie et la FVV constituaient les principales morbidités avec respectivement 86.3 % et 3,9%, Gabkika [14] dans sa série au Tchad avait trouvé 67,5% et 2% de FVV. Ces fistules sont souvent la conséquence d'un bilan lésionnel insuffisant ou d'une technique de réparation inadaptée [7]. D'autres séries africaines avaient trouvé l'anémie comme principale morbidité [16,24]. L'anémie peut s'expliquer par l'état hémodynamique initial précaire de nos patientes le plus souvent, mais aussi par l'importance des pertes sanguines du fait du retard de prise en charge et surtout du type de rupture utérine. Selon la littérature, les ruptures survenant sur utérus sain sont pourvoyeuses de lésions vasculaires très hémorragiques [7].

Conclusion

La rupture utérine sur utérus sain était fréquente au CSME avec une mortalité maternelle et périnatale non négligeable, elle avait concerné des multipares, sans niveau d'instruction de différents âges. La morbidité était dominée par l'anémie et la fistule vésico-vaginale (FVV). Le décès maternel et la mortalité périnatale restent élevés.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique ; 6ème édition Masson : 1995, 295p.
2. Delafield R, Pirkle CM, Dumont A. Predictors of uterine rupture in a large sample of women in Senegal and Mali: cross-sectional analysis of QUARITE trial data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Nov 1;18(1):432. doi: 10.1186/s12884-018-2064-y.

3. Mirza FG, Gaddipati S. Obstetric emergencies. *Semin Perinatol.* 2009;33(2): 97-103.
4. Deepa C, Sebak S, Ruby S, Vikash P. Rupture Uterus in a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. *J Nepal Med Assoc* 2021;59(236):392-5
5. Randriambelomanana JA, Botolahy ZA, Harimiandatsoa T, Heriniaina SA, Rakotoarijaona A, Andrianampalaninarivo HR. Ruptures utérines : Étude de 57 cas vus au Centre Hospitalier Universitaire de Toamasina Madagascar. *Rev Anesth Réanim Méd Urg* 2010;2(3):4-6.
6. Vangeenderhuysen C, Suidi A. Rupture utérine sur utérus gravide : étude d'une série continue de 63 cas à la maternité de Niamey (Niger). *Med Trop* 2002;62:615-618.
7. Kabibou S, Sambo BT, Tchaou BA, Sidi R, Dénakpo J, Lokossou A, Perrin RX. Les ruptures uterines a l'hôpital de reference de Parakou au Benin : aspects épidémiologiques, therapeutiques et pronostiques, *Eur Sci Journal.* 2015 ; 11 (24) :149-60.
8. Fane S, Sylla C, Bocoum A, Sissoko A, Traore A, Traore SO, et al. épidémiologie de la rupture uterine : une étude cas témoin a hopital de district de Bougouni, sikasso (mali), *Journal de la SAGO*, 2021 ; 22(1) : 36-41.
9. Baldé IS, Sylla I, Diallo MH, Diallo IT, Diallo FB, Ii Sow A, Sy T, Keita N. Évolution des Ruptures Utérines à la Maternité de L'hôpital National Ignace Deen (Chu de Conakry) [Evolution of Uterine Ruptures at the Maternity of Ignace Deen National Hospital (Chu of Conakry)]. *Med Trop Sante Int.* 2021 Jan 29;1(1):ZY14-QG95.
10. Gueye L, Thiam M, Niang MM, Sarr FR, Ba PA, Mahamat S, Cisse ML, Moreau JC. Ruptures utérines à l'Hôpital Régional de Thiès (Sénégal). *Journal de la SAGO*, 2016 ; 17(2) : 28-32.
11. Ci C, Fay EO, Be L, Di F. Rupture utérine au Sénégal épidémiologie et qualité de la prise en charge. *Méd Trop.* 2002;62(6):619-22.
12. Rabarikoto H F, Randriamahavonjy R, Randrianantoanina F E. Les ruptures utérines au cours du travail, observées au CHUA/GOB Antananarivo Madagascar. *Rev Anesth Réanim Med Urgence* 2010;2(1):5-7.
13. Khabouze S, Berrada R, Ferhati D, Bouchikhi C, El Hanchi Z, Kharbach A. Ruptures utérines : A propos de 292 cas. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1999 ; 94 :399-404
14. Madoué GB, Naim C, Lhagadang F, Sadjoli D. Uterine rupture: risk factors and prognosis. *World Journal of Advanced Research and Reviews.* 2019;4(2):033-8.
15. Adane F, Assemie MA, Kibret GD, Yimer NB. Prevalence and predictors of uterine rupture among Ethiopian women: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2020;15(11):e0240675. doi: 10.1371/journal.pone.0240675.
16. Nayama M, Mohamed-Alzouma I, Garba M, Idi N, Oumara M, Guede S. Ruptures utérines obstétricales à la maternité Issaka Gazoby de Niamey. A propos d'une étude rétrospective de 195 cas sur 3 ans. *Med Afrique Noire.* 2015;62(1):49-5.
17. Rajaonarison JJC, Fenomanana MS, Randriabelomanana JA, uterine rupture during labor : etiological factors and maternal-fetal prognosis at the University Hospital of ostetrical Gynecology of Befelatanana Antananarivo Madagascar, *Rev. Anesthésia-reanimation Med. Emmergency*, 2014 ; 6 (1),8-12.
18. Chudal D, Shrestha S, Shrestha R, Paudel V. Rupture Uterus in a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2021 Apr 30;59(236):392-395.
19. Traoré S, Traoré A, Sylla C, Tall S, Doumbia S et al. Pronostic materno-fœtal de la rupture utérine au cours du travail dans le District Sanitaire de la Commune V de Bamako, *Health Sci. Dis* 2020 21(7) : 17-21.
20. Cissé M L, Sylla M A, Gaye A, Bâ-Guèye M, Guèye M, Diouf A, Moreau JC. La rupture utérine en banlieue dakaroise (Sénégal). *Annales de la SOGGO* 2009;4(13):11-5.
21. Philemon M, Baraka M, Kavia W, Magala B, Juakali S. Prévalence et pronostic materno-fœtal des ruptures utérines a Butembo à propos de 63 cas, *Revue Médicale des Grands Lacs.* 2021 ; 12 (1) :

22. Patra KK, Mandal A, Chattopadhyay S, Biswas A, Majumder S. A retrospective case series of rupture uterus during five years period at a rural medical college in West Bengal, India. Asian Journal of Medical Sciences. 2021 Feb 1;12(2):91-4
23. Jacques HK, Olivier M, Xavier K K, Prosper L K. Maternal and perinatal outcomes of uterine rupture in Lumumbashi, Democratic Republic of Congo ; Clin J Obset Gynecol. 2020 ; 3 : 136-41.
24. Kouakou P, Djanhan Y, Doumbia Y, Djanhan L, Ouattara M. Les ruptures utérines: aspects épidémiologiques et pronostic fœto-maternel à la maternité du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire). Rev CAMES. 2007;5:87-91.