



Rupture utérine: indicateur de non achèvement des OMD 4 et 5?

Andrianampy HA¹, Rakotomahenina H^{*1}, Ramamonjirina TP¹
Rasolofondraibe AC¹, Andrianampanalinarivo HR²,
Solofomalala GD¹

¹Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa Madagascar

²Hôpital Universitaire de Gynécologie Obstétrique Befelatanana, CHU Antananarivo Madagascar

Résumé

Introduction: La rupture utérine est un accident obstétrical grave encore fréquente dans les pays Africains comme Madagascar. Elle figure parmi les causes de décès maternel à Fianarantsoa. A l'aube de 2015, échéance pour atteindre les OMD 4 et 5, la fréquence des ruptures utérines pourrait traduire le non accomplissement de l'amélioration de la santé maternelle et de la réduction de la mortalité infantile.

Patients et méthode: Tous les cas de rupture utérine confirmés par laparotomie au Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa de 2009 à 2012 étaient inclus et analysés dans cette étude rétrospective et descriptive. Les paramètres analysés étaient l'âge, la parité, le mode d'entrée, la provenance, l'état cicatriciel de l'utérus, le nombre de consultation prénatale (CPN), le traitement chirurgical, la durée d'hospitalisation, la transfusion sanguine, l'évolution post opératoire et l'issue fœtale.

Résultats: Soixante-cinq cas de rupture utérine sur 7057 accouchements dont 1733 césariennes étaient colligés en 4 ans. Trois quart étaient dans la tranche d'âge de 18 à 35 ans. Les paucipares étaient les plus représentées (54%). L'admission était après évacuation sanitaire pour 67% des cas et 58,5% des patientes provenaient d'un rayon de plus de 20km de l'hôpital. Quatorze cas (21,5%) étaient survenus sur un utérus cicatriciel et 51 (88,5%) sur utérus sain. Il n'y avait pas de CPN chez 33,85% des cas et 53,85% avaient moins de 4 CPN pendant la grossesse. Quatorze hystérectomies (21,53%) avaient dû être pratiquées ainsi que 51 hystérorraphies dont trois associées avec des ligatures tubaires. La durée de séjour hospitalier était prolongée dans 46% des cas pour complication et 37 patientes (56%) avaient dû être transfusées. L'infection du site opératoire était observée dans 14 cas. La létalité maternelle était de 12 sur 65 cas (18,5%). Quant à l'issue fœtale, 51 décès étaient à déplorer sur 65 cas (81,5%).

Conclusion: La rupture utérine, de sa genèse à la prise en charge, jusqu'à l'avenir qu'elle réserve ainsi qu'à la mortalité materno-fœtale qu'elle engendre, illustre toute la difficulté et l'insuffisance en matière de santé maternelle à Madagascar. Elle pourrait de ce fait être considérée comme un indicateur de non achèvement des OMD 4 et 5.

Mots clés: Mortalité; Rupture utérine; Traitement

Abstract

Titre en anglais: Uterine rupture: indicator of MDGs non-achievement?

Introduction: Uterine rupture is a serious and frequent obstetrical problem in developing countries as Madagascar. It is one cause of maternal death in Fianarantsoa. Near 2015, year of assessment of MDGs 4 and 5, frequency of uterine rupture could signify no improvement of maternal health and reduction of infant mortality.

Patients and method: Cases of uterine rupture confirmed by laparotomy at university hospital of Fianarantsoa from 2009 to 2012 were included and analyzed in this retrospective and descriptive study. Age, parity, mode of entrance, origin, presence of uterine scar, number of antenatal consultation, surgical treatment, duration of hospital stay, blood transfusion, surgical follow-up and fetal issue have been studied.

Results: On 7057 deliveries including 1733 caesarean-sections, 65 cases of uterine rupture were observed in 4 years. Three quarter of our patients were 18 to 35 years old. Para 2 and 3 represented 54%. Sixty seven percent of our cases came from others health centres and 58.5% of them lived farther than 20km to hospital. Fourteen cases (21.5%) of uterine rupture occurred on scarred uterus and 51 (88.5%) on unscarred ones. There was no antenatal consultation in 33.85% of cases and 53.85% had less than 4 during pregnancy. Fourteen hysterectomies (21.53%) were practiced and 51 hysteroorrhaphies which three associated with fallopian tube ligation. Hospital stay was extended in 46% of cases for complication and 37 patients (56%) were transfused. Surgical site infection was observed in 14 cases. Maternal mortality was 12 of 65 cases (18.5%). For foetal outcome, 51 deaths were regrettable in 65 cases (81.5%).

Conclusion: Uterine rupture shows difficulties and insufficiencies of maternal health in Madagascar. It could be considered as an indicator of non-achievement of MDGs 4 and 5.

Key words: Mortality; Treatment; Uterine rupture

Introduction

La rupture utérine est une solution de continuité complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide [1]. C'est un accident obstétrical grave mettant en jeu à court terme le pronostic vital materno-fœtal. La rupture utérine au cours du travail est devenue exceptionnelle dans les pays développés [2]. Elle constitue encore un problème de santé publique à Madagascar et d'une façon générale en Afrique subsaharienne où surviennent 90% des décès maternels du monde [3]. A Fianarantsoa, située à 406km au sud d'Antananarivo, le taux de décès maternel enregistré au Centre Hospitalier Universitaire de référence est de 956/100.000 naissances vivantes et la rupture utérine figure parmi les causes [4]. Madagascar figure parmi les signataires du sommet mondial pour le développement qui a fixé 8 objectifs du millénaire pour le développement (OMD) dont

celui d'améliorer la santé maternelle (OMD 5) et de réduire la mortalité infantile (OMD 4). A l'aube de 2015, échéance de ces OMD, la rupture utérine au cours du travail, presque éradiquée dans les pays développés, reste encore une réalité quotidienne dans notre contexte. Elle pourrait traduire le non accomplissement de ces 2 OMD. L'objectif de cette étude est d'apprécier la morbidité et la mortalité materno-fœtales pour démontrer que la rupture utérine est un indicateur de non achèvement des OMD 4 et 5.

Patients et méthode

Une étude rétrospective était menée au Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa, sur une période de 4 ans, allant du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2012. Tous les cas de rupture utérine au cours du travail dont le diagnostic était confirmé par laparotomie étaient inclus. Les suspicions de rupture utérine sur des parturientes décédées avant l'intervention étaient non incluses. Les données étaient recueillies dans le dossier médical individuel de

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: rakotomaheninahj@gmail.com

¹ Adresse actuelle: Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa, Madagascar

chaque parturiente. Les paramètres pris en comptes étaient: l'âge, la parité, le mode d'entrée, la provenance, l'état cicatriciel de l'utérus, le nombre de consultation prénatale (CPN), le traitement chirurgical, la durée d'hospitalisation, la transfusion sanguine, l'évolution post opératoire et l'issue fœtale.

Résultats

Soixante-cinq cas de rupture utérine sur 7057 accouchements dont 1733 césariennes étaient enregistrés durant la période d'étude. Le nombre de rupture utérine par année est représenté par le tableau 1. Trois quart des femmes étaient âgées de 18 à 35 ans (Tableau 2). Les paucipares (parité entre 2 et 3) étaient les plus représentées soit 54% (Tableau 3). L'admission était après évacuation sanitaire pour 67% des cas et 58,5% des patientes provenaient d'un rayon de plus de 20km de l'hôpital (Tableau 4). Quatorze cas (21,5%) de ruptures utérines survenaient sur un utérus cicatriciel et 51 (88,5%) sur utérus sain. Vingt-deux femmes (33,85%) n'ont pas eu de CPN et 35 (53,85%) avaient moins de 4 CPN pendant la grossesse (Tableau 5). Quatorze hystérectomies (21,53%) avaient dû être pratiquées ainsi que 51 hystérorraphies dont trois associées avec des ligatures tubaires. La durée de séjour hospitalier était de 5 jours pour les patientes dont les suites opératoires étaient simples (34%), moins de 5 jours si décès ou sortie de l'hôpital sans avis médical (20%) et dépassait les 5 jours en cas de complication (46%) (Tableau 6). Trente-sept cas soit 56% étaient transfusés. L'infection du site opératoire était observée chez 14 femmes. La létalité maternelle était de 12 sur 65 cas (18,5%). Quant à l'issue fœtale, seuls 12 bébés avaient survécu et le taux de létalité était de 81,5%.

Discussion

Soixante-cinq cas de rupture utérine sur 7057 accouchements dont 1733 césariennes étaient enregistrés durant la période d'étude correspondant à 1/109 accouchements et 1/27 césariennes. A Madagascar, cette fréquence est variable d'une région à l'autre: 1/199 à 1/278 accouchements à Antananarivo [5,6], un cas sur 245 accouchements et 31 césariennes à Toamasina [7], 1/102 accouchements à Antsirabe [8]. En Afrique continentale, les chiffres sont plus importants: 1/40 accouchements au Niger [9], 1/43 à 1/210 au Nigéria [10,11]. Les cas observés en occident sont rares voire exceptionnels: 1/1000 à 1/2000 accouchements en France [12], inférieurs à 1/1000 aux Etats Unis [13]. Cette rareté découle de la surveillance clinique et électronique du travail et des mesures prophylactiques au cours de la grossesse [2]. La rupture utérine est donc en rapport avec une mauvaise surveillance de la grossesse et du travail et reflète la mauvaise qualité des soins en obstétrique. Dans notre étude, l'évolution des chiffres en 4 ans n'allait pas vers l'amélioration (14 cas en 2009 et 19 cas en 2012) traduisant un état stationnaire de la qualité des soins obstétricaux malgré l'existence de différents programmes nationaux visant à l'amélioration de la santé maternelle et infantile. La rupture utérine concernait plutôt les patientes jeunes (18 à 35 ans) et paucipares, comme l'atteste également Rabarikoto [6]. En effet, il existe une réticence par rapport à la contraception vu le taux de 32% de couverture dans notre région [14]. Ainsi, la mortalité est élevée chez ces jeunes femmes économiquement actives et il en est de même pour la morbidité des grossesses ultérieures qui sont à haut risque de récurrence de rupture. Géographiquement, 67% des cas étaient évacués de centres de santé ruraux périphériques et dont 58,5%

Age	Effectif	Pourcentage
< 18 ans	0	0
18 à 35 ans	50	77
> 35 ans	15	23
Total	65	100

Tabl. 1: Répartition des patientes selon l'âge

Année	Rupture	Accouchement	Césarienne
2009	14	1439	373
2010	17	1348	362
2011	15	1322	479
2012	19	1215	519
TOTAL	65	5324	1733

Tabl. 2: Nombre de rupture utérine par année

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	6	9
Paucipare	35	54
Multipare	24	37
Total	65	100

Tabl. 3: Répartition selon la parité

Distance	Effectif	Pourcentage
Rayon de 5km	22	33,8
5 à 20km	5	7,7
> 20km	38	58,5
Total	65	100

Tabl. 4: Répartition selon la distance par rapport à l'hôpital

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
Aucun	22	33,8
< 4	35	53,8
> 4	8	12,4
Total	65	100

Tabl. 5: Répartition selon le nombre de CPN

Durée de séjour	Effectif	Pourcentage
< 5 jours	13	20
5 jours	22	34
> 5 jours	30	46
Total	65	100

Tabl. 6: Répartition selon le séjour hospitalier

d'un rayon de plus de 20km de notre établissement. Les infrastructures routières sont en mauvais état dans notre région et les moyens de transport en dehors des zones urbaines sont insuffisants voire inexistantes. Ces évacuations ne sont pas médicalisées et ces femmes traversent une péripétie longue et périlleuse jusqu'au centre de référence, par leurs propres moyens, entraînant retard de prise en charge et rupture utérine au cours du travail [4,6]. La mortalité maternelle engendrée peut atteindre 95% [15,16]. Cette triste situation traduit un problème majeur d'accessibilité aux soins obstétricaux adéquats dans notre système. La situation est encore loin de «réduire la mortalité maternelle et rendre l'accès à la médecine procréative universelle» (OMD 5). Dans les pays plus avancés, la cicatrice de césarienne antérieure constitue la première cause de rupture utérine et près de 85% des ruptures y sont imputables [17,18]. Dans notre contexte, elle survient plutôt sur utérus sain [6] et est due à la carence des mesures de prévention au cours de la grossesse (manque de qualité et de quantité de CPN) [19], à la mauvaise qualité de la surveillance du travail [2], aux échecs des accouchements à domicile effectués par des matrones [4,6,20]. Cette pratique est toujours d'actualité dans notre région et une préva-

lence de 69,6% est retrouvée sur une étude sociodémographique en 2008 [14]. «Œuvrer pour que toutes les femmes bénéficient de soins prénatals et de l'aide d'un personnel qualifié pendant l'accouchement» (OMD 5) est loin d'être atteint. La rupture utérine est une urgence chirurgicale. Une réparation de la brèche est de règle mais une hystérectomie s'impose dans les cas extrêmes pour sauver la vie maternelle. Quatorze hystérectomies (21,53%) avaient dû être pratiquées dans notre étude compromettant définitivement leur avenir obstétrical. L'impact psychologique et socio-culturel de ce geste considéré comme une mutilation est non négligeable étant donné que le nombre d'enfant idéal pour ces femmes est de 4,5 à 5,1 [14]. Quand la raphie est possible, il reste la problématique ultérieure de la gestion d'une grossesse sur utérus cicatriciel qui doit être suivie au centre de référence. Un centre de référence pour 7 districts étendus sur 21.080km² totalisant 1.128.900 habitants est loin d'être suffisant [14]. La durée du séjour hospitalier était prolongée par des complications dans 46% des cas. Si l'hébergement hospitalier est gratuit, les consommables médico-chirurgicaux, les médicaments, les examens para cliniques, la restauration sont à la charge des malades. Le coût de l'intervention chirurgicale varie de 300.000 à 500.000 Ariary (150 à 250USD), 10 à 15 fois le coût d'un accouchement normal qui est déjà lourd pour cette population d'origine rurale. Les diverses complications, en dehors de la morbidité et la mortalité engendrée, occasionnent une majoration du coût déjà exorbitant. L'infection du site opératoire, souvent d'origine nosocomiale, figure parmi les indicateurs péjoratifs de la sécurité de soins en obstétrique [21]. Douze femmes (18,5%) n'ont pas survécu à la rupture utérine dans notre série et la perte fœtale était plus sévère avec un taux de 81,5%. Dans la littérature, la létalité varie de 0,4 à 16% chez la mère et de 76,5 à 96% pour le fœtus [6,9,10]. La rupture utérine au cours du travail est de ce fait une cause redoutable de mortalité maternelle et néonatale. La mortalité maternelle est également un bon indicateur de la qualité de soins en obstétrique.

Conclusion

La rupture utérine, accident obstétrical évitable, reste fréquente au CHU de Fianarantsoa avec une rupture sur 109 accouchements et sur 27 césariennes. De sa genèse à la prise en charge, jusqu'à l'avenir qu'elle réserve ainsi qu'à la mortalité materno-fœtale qu'elle engendre, elle illustre toute la difficulté et l'insuffisance en matière de santé à Madagascar. Elle pourrait être ainsi considérée comme un indicateur de non achèvement des OMD 4 et 5.

Références

- 1- Koné M, Diarra S. Ruptures utérines au cours de la grossesse. *Encycl Méd Chir Obstétrique*, 5-080-A-10, 18p.
- 2- Lansac J, Oury J-F, Descamps P. La pratique de l'accouchement. Paris: Masson; 2011.
- 3- Jerbi M. La mortalité maternelle en question. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010; 39: 173-4.
- 4- Rakotomahenina H, Rasamoelina N, Rabarijaona M, Randaoharison PG, Solofomalala GD. La mortalité maternelle au CHU de Fianarantsoa en trois ans. *Bull Soc Pathol Exot* 2012; 105: 315-28.
- 5- Rakotomahenina H, Rakotosalama D, Ravelosoa E, Randaoharison PG, Rasolofondraibe A. La rupture utérine vue au service de gynécologie obstétrique de Befelatanana CHU d'Antananarivo. Troisième congrès international de la SOMAPED 2004: 18.
- 6- Rabarikoto HF, Randriamahavonjy R, Randrianantoanina FE, Ravelosoa E, Samison LH, Andrianampalaninarivo HR, et al. Les ruptures utérines au cours du travail, observées au CHUA/GOB Antananarivo Madagascar. *Revue d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence* 2010; 2: 5-7.
- 7- Randriambelomanana JA, Botolahy ZA, Harimiadantsoa T, Herinirina SA, Rakotoarijaona A, Randrianampalaninarivo HR. Ruptures utérines: étude de 57 cas vus au Centre Hospitalier Universitaire de Toamasina Madagascar. *Revue d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence* 2010; 2: 4-6.
- 8- Rasolonjatovo JDC, Randaoharison PG, Randrianirina JBS, Randrianarison P, Rasolofondraibe A. Prévalence des ruptures utérines à Antsirabe Madagascar. *Médecine d'Afrique Noire* 2005; 52: 526-8.
- 9- Diallo FB, Idi N, Vangeenderhuysen C, Baraka D, Hadiza I, Sahabi I, et al. La rupture utérine à la maternité centrale de référence de Niamey (Niger) Aspects épidémiologiques et stratégies de prévention. *Médecine d'Afrique Noire* 1998; 45: 310-5.
- 10- 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.
- 11- Aboyeji AP, Ijaiya MD, Yahaya UR. Ruptured Uterus: a study of 100 consecutive cases in Ilorin, Nigeria. *J Obstet Gynaecol Res* 2001; 27: 341-8.
- 12- Grossetti E, Vardon D, Creveuil C, Herlicoviez M, Dreyfus M. Rupture of the scarred uterus. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86: 572-8.
- 13- Ozdemir I, Yucel N, Yucel O. Rupture of the pregnant uterus: a 9 year review. *Arch Gynecol Obstet* 2005; 272: 229-31.
- 14- Institut National de la Statistique. Etude Démographique et de Santé Madagascar 2008-2009.
- 15- Ouedraogo CHR, Ouedraogo A, Ouattara T, Sanar J, Thieba B, Lankoandé J, et al. Fréquence et causes de la mortalité maternelle à propos de 300 observations à la maternité du centre hospitalier National de Ouagadougou Burkina Faso. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1999; 94: 455-9.
- 16- Ouedraogo C, Bouvier-Colle M-H. Mortalité maternelle en Afrique de l'ouest: comment, combien et pourquoi? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002; 31: 80-9.
- 17- Turner MJA, Agnew G, Langan H. Uterine rupture and labour after a previous low transverse caesarean section. *BJOG* 2006; 113: 729-32.
- 18- 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.
- 19- Prual A, de Bernis L, Oould El Joud D. Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néo-natale en Afrique Subsaharienne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002; 31: 90-9.
- 20- Mishra SK, Morris N, Uprety DK. Uterine Rupture: preventable obstetric tragedies? *Aust N Z J Obstet Gynecol* 2006; 46: 541-5.
- 21- Rigouzzo A. Quels sont les causes de mortalité maternelle en 2005. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation* 2005; 9: 173-8.