

## LES RUPTURES UTERINES A LA MATERNITE DE L'HOPITAL COMMUNAUTAIRE DE BANGUI (CENTRAFRIQUE)

A. SEPOU, M.C. YANZA, E. NGUEMBI, R. NGBALE, G. KOURIAH, A. KOUABOSSO, M.N. NALI

*Med Trop* 2002; 62 : 517-520

**RESUME** • La rupture utérine est une catastrophe obstétricale devenue exceptionnelle dans les pays développés. Elle fait partie des urgences obstétricales que nous vivons dans nos pratiques quotidiennes à la maternité de référence nationale de Bangui. Sa gravité se justifie par le fait qu'elle met en danger la vie du fœtus et de la mère. Sa fréquence relativement élevée dans le service au cours des années antérieures nous a amené à réaliser cette étude transversale en nous fixant les objectifs suivants : déterminer leur fréquence, identifier les facteurs favorisant la survenue des ruptures utérines, évaluer le pronostic maternel et néonatal, proposer des solutions. Au cours d'une étude transversale menée de janvier 1997 à décembre 1997, nous avons enregistré tous les accouchements, par voie naturelle et par césarienne y compris les ruptures utérines. Nous avons déterminé le temps écoulé entre la prise de décision de césarienne et la réalisation de l'acte opératoire. Nous avons recherché les facteurs favorisant la survenue des ruptures utérines dans notre service. Nous avons évalué le pronostic maternel et fœtal au cours des ruptures utérines. Nous avons enregistré 299 césariennes pour 5763 accouchements (5,2 %) : sur 299 femmes opérées pour césarienne, 35 (11,7 %) ont présenté une rupture utérine ; pour subir l'intervention chirurgicale, 10 ruptures utérines ont attendu au moins 2 heures ; les longues attentes l'ont été surtout par manque de moyen financier permettant de payer le coût de la césarienne. Six cas de décès, (0,1 % des accouchements ; 2 % des césariennes et 17,1 % des ruptures utérines) ont été enregistrés et avaient pour cause un choc irréversible. La mortalité périnatale dans les ruptures utérines était de 80 %. La rupture utérine reste une pathologie fréquente et grave dans notre service, avec une mortalité maternelle et fœtale élevée, alors qu'elles pourraient être évitées.

**MOTS-CLES** • Rupture utérine - Pauvreté - Pronostic materno-fœtal - Centrafrique.

### UTERINE RUPTURE IN THE MATERNITY WARD OF THE BANGUI COMMUNITY HOSPITAL IN CENTRAL AFRICAN REPUBLIC

**ABSTRACT** • Although now uncommon in developed countries, uterine rupture is among the major obstetrical emergencies dealt on a daily bases in the maternity ward of the Bangui Community Hospital in Central African Republic, which is the national reference facility. Uterine rupture is life-threatening for both the fetus and mother. In view of the relatively high rate of rupture observed in our department in previous years, this cross-sectional study was undertaken in order to determine incidence, identify predisposing factors, evaluate prognosis for the mother and newborn, and propose solutions. From January 1997 to December 1997, all deliveries by the vaginal route or cesarean section including cases involving uterine rupture were recorded. The length of time elapsed between the decision to perform cesarean section and actual performance of the procedure was determined. Risk factors associated with uterine rupture in our department were noted. The outcome of uterine rupture was evaluated in both the mother and fetus. Of a total of 5763 deliveries during the study period, 299 required cesarean section (5,2 %). Uterine rupture occurred in 35 cases of the 299 women (11,7 %). In 10 cases of uterine rupture, the time lapse for performance of cesarean section was at least 2 hours. The main cause of delay was the lack of funding for cesarean section. Six women died due to irreversible shock (0,1 % of deliveries, 2 % of cesarean sections and 17,1 % of uterine ruptures). The perinatal mortality rate was 80 %. In our department, uterine rupture is a common emergency causing high mortality in mothers and newborns. Most of these patients could have been saved.

**KEY WORDS** • Uterine rupture - Poverty - Mother/fetus prognosis - Central African Republic.

La rupture utérine constitue l'une des causes fréquentes de décès maternel, dont le taux reste très élevé, selon les données de l'enquête de démographie et de santé de Centrafrique en 1994/1995 (948 pour 100 000 naissances vivantes). Cet accident obstétrical devenu exceptionnel dans les pays développés survient fréquemment dans nos pays dans un contexte de mauvaise surveillance des parturientes, d'insuffisance de personnel

qualifié, de pauvreté des patientes et de manque de matériels opératoires. Les ruptures utérines relevées dans le même service depuis une dizaine d'années (1) sont en augmentation malgré le renforcement en personnel qualifié. Cela nous a amené à réaliser cette étude dont les objectifs étaient de déterminer la fréquence actuelle des ruptures utérines, d'identifier les facteurs favorisant leur survenue et d'évaluer le pronostic maternel et néonatal. Cela devait nous amener à proposer des solutions en vue de l'amélioration de la qualité de prestation de services.

• Travail du Service de Gynécologie-Obstétrique (A.S., Maître assistant en gynéco-obstétrique, Chef de service ; M.C.Y., Maître assistant en pédiatrie, Complexe pédiatrique de Bangui ; E.N., Maître assistant en santé publique ; R.N., G. K., A.K., Médecins ; M.N.N., Chef de Chaire de chirurgie et gynécologie-obstétrique), Faculté des Sciences de la santé, Bangui, Centrafrique.

• Correspondance : A SEPOU, Service de Gynécologie-Obstétrique, Faculté des Sciences de la santé, BP 3199 Bangui, Centrafrique. • Fax +236 61 16 54 • E-mail : se pou\_abdoulaye@yahoo.fr •

• Article reçu le 12/02/1999, définitivement accepté le 14/11/2002.

### PATIENTES ET METHODES

Au cours d'une étude transversale menée du 1<sup>er</sup> janvier 1997 au 31 décembre 1997, nous avons enregistré tous les accouchements survenus à la maternité de l'Hôpital

Communautaire de Bangui qui est le service de référence nationale. Toutes les ruptures survenues sur les grossesses âgées d'au moins 28 semaines d'aménorrhée ont été incluses dans l'étude. Nous avons recueilli les informations cliniques depuis l'entrée en salle de travail jusqu'en suites de couches pathologiques, en passant par le bloc opératoire et la réanimation obstétricale. Ont été étudiés : l'âge et la parité des patientes, les antécédents de césarienne, le revenu mensuel familial, le coût des matériels de césarienne, le temps d'attente avant les interventions, les raisons des longues attentes et les types de lésion dans les ruptures utérines. Les données ont été traitées et analysées grâce au logiciel Epi info 6.03.

## RESULTATS

Nous avons enregistré 5 763 accouchements, dont 299 par césarienne (5,2 %). La fréquence des ruptures utérines était de 35 cas (11,7 % des césariennes et 0,6 % des accouchements), ce qui représente 1 rupture pour 9 césariennes et 1 rupture pour 165 accouchements. Les principales indications de césariennes ont été la dystocie osseuse, la suspicion de déchirance sur utérus cicatriciel, les présentations dystociques dont celle de l'épaule, la dystocie cervicale, la souffrance fœtale aiguë. L'âge moyen des patientes présentant une rupture utérine était de 24,8 ans avec des extrêmes de 18 ans et 42 ans. La parité moyenne de toutes les accouchées et celle des césariennes était de 3,1 enfants. La parité moyenne des patientes présentant une rupture utérine était de 3,9 enfants (Figure 1). Selon les antécédents opératoires des patientes, nous avons retrouvé que la rupture utérine a été plus fréquente chez les patientes qui avaient un antécédent de césarienne (11/32 34,4 %) avec une différence statistiquement significative ( $p = 0,005$ ) (Tableau I). Par rapport à la provenance des patientes, les ruptures utérines étaient plus fréquentes chez les parturientes suivies à la maternité de référence : 29 cas sur 35 (82,8 %) avec une différence significative ( $p < 0,001$ ) (Tableau I). En tenant compte du revenu familial mensuel, nous avons observé que chez les parturientes présentant une rupture utérine, la proportion de celles qui avaient un revenu familial faible était de 80 % (Tableau II). Pour pratiquer la césarienne, les praticiens avaient besoin d'un minimum de matériel avec

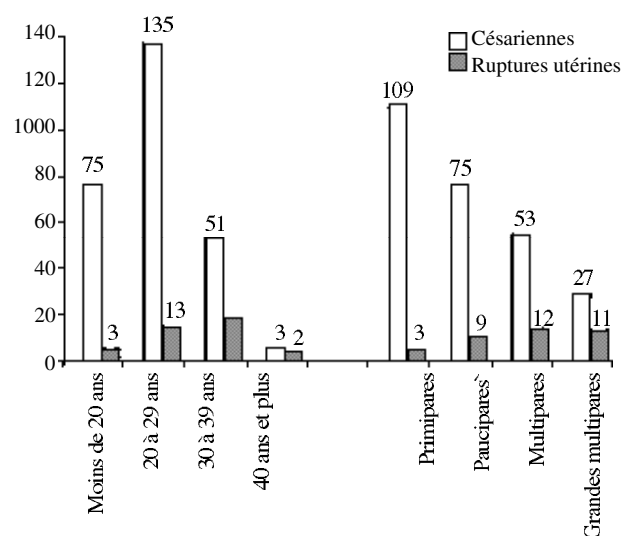


Figure 1 : Age et parité des patientes - Répartition des parturientes selon la parité : primipares : femmes qui ont accouché une fois ; paucipares : 2 à 3 accouchements ; multipares : 4 à 6 accouchements ; grandes multipares : plus de 7 accouchements.

un coût oscillant entre 15 000 et 25 000 F CFA. Ces matériels étaient constitués surtout de fils de suture chirurgicale, de solutions de perfusion, de produits anesthésiques, de gants chirurgicaux, de compresses et d'autres consommables. Le temps entre la décision de césarienne et l'acte opératoire pouvait varier de quelques dizaines de minutes à plusieurs heures. Le taux des interventions qui ont attendu plus d'une heure pour être exécutées était de 71,4 % pour les ruptures utérines contre 30,7 % dans les césariennes, avec une différence significative ( $p < 0,001$ ) (Tableau II). Les raisons de ces longues attentes qui ont concerné 106 femmes étaient : un manque de moyen financier : 48 cas (45,3 %) ; un manque de champs opératoires : 23 cas (21,7 %) ; l'occupation de l'unique salle opératoire : 19 cas (17,9 %) ; les instruments en stérilisation : 9 cas (8,5 %) ; le manque d'oxygène médical : 7 cas (6,6 %). Nous avons étudié les types de lésions utérines et les actes opératoires effectués au cours de la laparotomie. Le segment inférieur était le plus touché (57,2 %) et avait été suturé dans la majorité des cas (Tableau III). Par rapport au pronostic mater-

Tableau I - Répartition par antécédent opératoire et provenance des parturientes.

	Césariennes		Ruptures utérines		Total		Tests statistiques p
	n	%	n	%	n	%	
Antécédent de césarienne							
Césarienne antérieure	32	12,1	11	31,4	43	14,4	0,005
Pas de césarienne	232	87,9	24	68,6	256	85,6	
Provenance des parturientes							
Hôpital Communautaire	108	40,9	29	82,8	137	45,8	< 0,001
Maternité des Castors	83	31,4	3	8,5	86	28,8	
Maternité de Boy-Rabe	36	13,7	1	2,9	37	12,4	
Maternité de Bimbo	29	11,0	1	2,9	30	10,0	
Centre de santé de Boali	8	3,0	1	2,9	9	3,0	
Total	264	100,0	35	100,0	299	100,0	

Tableau II - Revenu familial mensuel des patientes et délais mis avant l'intervention.

	Césariennes		Ruptures utérines		Total		Tests statistiques
	n	%	n	%	n	%	
Revenu familial des patientes							
< 30.000 F CFA	136	51,5	28	80,0	164	54,9	p < 0,001
30 000 à 80 000 F CFA	96	36,4	6	17,1	102	34,1	
80 000 F CFA	32	12,1	1	2,9	33	11,0	
Délais mis avant l'intervention							
Moins d'1 heure	183	69,3	10	28,6	193	64,5	p < 0,001
1 à 2 heures	78	29,6	14	40,0	92	30,8	
3 heures	3	1,1	11	31,4	14	4,7	
Total	264	100,0	35	100,0	299	100,0	

F. CFA = Franc de la Communauté Francophone d'Afrique.

nel, nous avons enregistré 6 décès. Le quotient de décès maternels était de 2,0 % pour les césariennes, de 0,1 % pour les accouchements et de 17,1 % pour les ruptures utérines soit 1 décès pour 5,8 cas. Les causes de ces décès étaient le choc irréversible survenu dans les ruptures utérines. Cinq des six décès n'avaient pas d'utérus cicatriciel. La moitié des patientes décédées étaient évacuées des maternités périphériques. Par rapport au pronostic néonatal, nous avons observé que les interventions faites pour la césarienne ont permis l'extraction de 305 nouveau-nés (6 césariennes ont été pratiquées sur les grossesses gémellaires) dont : 271 vivants (88,9 %) ; 6 enfants décédés après échec de réanimation (1,9 %) ; 28 mort-nés (9,2 %). La mortalité périnatale a donc concerné 34 enfants (11,4 %). Le pronostic néonatal après la rupture utérine était le suivant : 7 enfants ont été extraits vivants, dont 4 chez les anciennes césariennes ; 27 mort-nés frais ; 1 mort-né macéré, suite à une rupture utérine par balle. La mortalité périnatale chez les patientes qui ont présenté une rupture utérine était de 80 %.

## DISCUSSION

Au cours de cette étude, nous avons enregistré 5,2 % de césariennes, taux légèrement supérieur à celui trouvé dans le même service (1) de 1983 à 1986 (2 %). Le taux de nos

césariennes est le même que celui de Mounanga au Gabon (2) qui est de 5,52 %, mais est plus faible que celui de Diallo (17,5 %) à Conakry (3). Les indications des césariennes ont été, pour les plus fréquentes, celles trouvées par plusieurs auteurs (1-4). La rupture utérine au cours du travail était survenue avec une fréquence de 11,7 % alors que Mbiyé (1) dans le même service l'avait trouvée à 2,53 %. L'augmentation de l'incidence de cet accident dans ce même service nous semble importante alors que le nombre de personnel qualifié a augmenté, aussi bien au niveau des gynécologues-obstétriciens que des sages-femmes. Nous avons 1 rupture utérine pour 165 accouchements (0,6 %), taux qui est intermédiaire avec les valeurs publiées par les auteurs africains (valeur plus basse dans les références (5-9), plus élevées dans les références (4, 10-12)). L'augmentation du taux de césarienne aurait dû s'accompagner d'une réduction de celui de ruptures utérines, mais le taux de cet accident n'avait fait qu'augmenter. A cela, on retrouve plusieurs facteurs parmi lesquels, le système de santé qui a supprimé la gratuité des soins et n'a pas favorisé la mise en place d'une trousse d'urgence ; la rareté des infrastructures de prise en charge et surtout l'existence d'une seule salle opératoire fonctionnelle dans cette maternité de référence ; l'extrême pauvreté de la population dont le produit national brut ne dépasse guère 500 dollars américains ; l'inaccessibilité au tarif de l'acte opératoire par la majorité des patientes ; le

Tableau III - Répartition selon les types de lésions utérines et les traitements faits.

	Nombre (n = 35)	Pourcentage
Types de lésions utérines		
Lésion transversale de la face antérieure du segment inférieur	17	48,6
Lésion longitudinale de la face antérieure du segment inférieur, prolongée au col utérin	7	20,0
Rupture sous-séreuse de la face antérieure du segment inférieur	3	8,6
Lésion de la face postérieure du segment inférieur	3	8,6
Rupture coporéale	2	5,7
Lésions multiples au niveau du segment inférieur	2	5,7
Lésion longitudinale de la face postérieure du segment inférieur, prolongée à la vessie	1	2,8
Traitement chirurgical des ruptures utérines		
Suture conservatrice de l'utérus	23	65,7
Suture utérine associée à une salpingectomie totale bilatérale	9	25,7
Hystérectomie sub-totale inter-annexielle	3	8,6

Les lésions graves (prolongées au col, à la vessie ou multiples) n'avaient concernées que les femmes porteuses de cicatrice de césarienne (10 cas pour 11 anciennes césariennes).

manque de disponibilité financière des patientes qui ne cherchaient à réunir les moyens pour payer le coût de la césarienne que quand la décision de l'intervention était prise. Cette situation avait concerné les ruptures utérines « évitables » qui étaient survenues chez les parturientes suivies d'emblée à la maternité de référence (29 cas sur les 35). Celles-ci n'avaient, entre autres, pas bénéficié d'une surveillance optimale. Ces différents facteurs étaient soit associés, soit étaient la conséquence d'autres. Par exemple, les longues attentes étaient dues à l'absence de trousse d'urgence ou au manque de disponibilité financière immédiate pour acheter le matériel d'intervention. Il faut ajouter à cette situation la démotivation du personnel confronté à des irrégularités de salaire, ceci ayant une répercussion sur le suivi adéquat des parturientes. Le suivi inadéquat pourrait expliquer, en partie, l'évolution des anciennes césarisées jusqu'à la rupture, 11 cas sur 32 (34,4 %) alors que celles-ci présentaient un accouchement à risque. Le minimum d'attention porté aux accouchements à risque aurait permis « d'éviter » les ruptures utérines survenues dans ces cas. Ces différents facteurs justifient la contradiction entre nos résultats et ceux de Lankoandé et Akotionga (11, 13) qui ont trouvé qu'à Ouagadougou, l'incidence de la rupture utérine est plus élevée chez les patientes évacuées des autres provinces du Burkina Faso. Les lésions utérines ont concerné le segment inférieur (face antérieure ou postérieure) dans 57,2 % des cas, fréquence qui est proche de celle de Keïta (4) : 52,6 %, mais inférieure à celle des autres auteurs (11,13). La rupture corporelle, rare dans notre étude (5,7 %) l'était également chez d'autres auteurs africains (4, 11, 13). Le traitement des lésions utérines a été une hystérectomie totale bilatérale. Notre attitude tendant au traitement conservateur de l'utérus est adoptée par la plupart des auteurs (4, 11, 13). Pour 2 % de décès par rapport aux césariennes, nous avons un taux plus faible que celui de Diallo à Conakry (6) qui a trouvé 3,45 %. Le quotient de décès par rapport aux ruptures était de 17,1 % dans notre étude. Il est superposable à ceux de Diallo (12) et de Akpadza (10) qui sont de 16 % et 16,27 %, mais plus faible que ceux des autres auteurs africains (4, 11, 13, ) qui ont trouvé respectivement 20,64 %, 35 % et 23 %, et . Le taux de mortalité périnatale dans les ruptures utérines, 71,4 % est superposable au taux de Keïta (4), mais est inférieur à celui trouvé par d'autres auteurs africains (10, 11, 12, 13, ) qui sont respectivement de 90,70 %, 95 %, 96 % et 88 %. Le pronostic semble meilleur chez les anciennes césarisées sans qu'il y ait une différence significative dans notre étude.

### CONCLUSION

La rupture utérine reste une pathologie fréquente dans le service de référence avec une mortalité maternelle et néonatale élevées. Les ruptures utérines que nous avons enregistrées auraient pu être évitées dans leur quasi-totalité. Nous sommes persuadés que des actions menées au niveau des facteurs relevés dans la surveillance des « ruptures utérines évitables », notamment : la mise en place d'une trousse d'urgence

dans les maternités de référence ; la surveillance des éléments du partogramme qui ne nécessitent pas forcément des moyens techniques importants comme le monitoring ; la motivation et la formation continue du personnel ; et enfin la sensibilisation de la population pour l'amener à participer au coût de son traitement (accouchement et césarienne y compris), selon les directives de « l'Initiative de Bamako », contribueraient à réduire cet accident. Cette réduction pourrait améliorer le pronostic maternel et néonatal lourd dans le service. Si des stratégies réalisables visant les différents facteurs de rupture utérine peuvent être développées, l'idéal serait de combattre la pauvreté pour espérer améliorer, à tous les niveaux, la qualité des soins et la prise en charge des femmes enceintes et des parturientes ; mais cet idéal reste loin à atteindre.

### REFERENCES

- 1 - MBIYE K, FERRE J, SEPOU A - Indications opératoires des césariennes pratiquées au Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui de 1983 à 1986. *Med Afr Noire* 1986 ; **36** : 42-46.
- 2 - MOUNANGA M, NZOGHE P, ADJOVI J, ZINSOU R-D - La césarienne : étude rétrospective de 274 cas. *Med Afr Noire* 1986 ; **33** : 182-188.
- 3 - DIALLO FB, DIALLO MS, BANGOURA *et Coll* - Césarienne : facteur de réduction de morbidité et de mortalité fœto-maternelle au centre Hospitalier Universitaire Ignace Deen de Conakry (Guinée). *Med Afr Noire* 1998 ; **45** : 359-364.
- 4 - KEITA N, DIALLO MS, IJAZY Y *et Coll* - Ruptures utérines. A propos de 155 cas observés à Conakry (République de Guinée). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1989 ; **18** : 1041-1047.
- 5 - CORREA P, DIADHIOU F, DIOP M, BADIANE S. - La rupture utérine au cours du travail hier et aujourd'hui en milieu africain à Dakar. *Bull Soc Med Afr Noire* 1972 ; **17** : 228-234.
- 6 - LUSANGA NKWEY, TOZIN R, TUNDU-UMBA, YANGA KIDIAMENE. - Evolution des ruptures utérines de l'utérus gravide dans les Cliniques Universitaires de Kinshasa. A propos de 24 observations de 1973 à 1980. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1983 ; **12** : 755-761.
- 7 - HODONOU AKS, SCHMIDT H, VOVOR M. - La rupture utérine en milieu africain au C.H.U. de Lomé. A propos de 165 cas. *Med Afr Noire* 1983 ; **30** : 507-516.
- 8 - PICAUDA A, NLOME -NZE A R, OGOWET N, MOUELY G - Les ruptures utérines. A propos de 31 cas observés au Centre Hospitalier de Libreville, (Gabon). *Rev Fr Gynecol Obstet* 1989 ; **84** : 411-416.
- 9 - BOUHOSSOU KM, HOUPHOUET KB, KONE N *et Coll* - Les ruptures utérines au cours du travail. Evolution 10 ans après. A propos de 245 cas. *Afr Med* 1990 ; **289** : 497-501.
- 10 - AKPADZA K, KOTOR KT, BEATA S, HODONOU AKS. - Les ruptures utérines au cours du travail au centre hospitalier régional de Sokodé (Togo). *Med Afr Noire* 1994 ; **41** : 604-607.
- 11 - LANKOANDE J, OUEDRAOGO CMR, TOURE B *et coll.* - A propos de 80 cas de ruptures utérines à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou, Burkina Faso. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997 ; **26** : 715-719.
- 12 - DIALLO FB, IDIN, VANGEENDERHUYSEN C *et Coll* - La rupture utérine à la Maternité Centrale de référence de Niamey (Niger). Aspects épidémiologiques et stratégies de prévention. *Med Afr Noire* 1998 ; **45** : 310-315.
- 13 - AKOTIONGA M, LANKOANDE J, GUE M.J, KONE B. - Ruptures utérines à la maternité du CHN-YO. Aspects épidémiologiques et cliniques. *Med Afr Noire* 1998 ; **45** : 508-510.