

RUPTURE UTERINE AU SENEGAL EPIDEMIOLOGIE ET QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

C.T. CISSE, E.O. FAYE, L. DE BERNIS, F. DIADHIOU

Med Trop 2002; **62** : 619-622

RESUME • A partir d'une étude prospective, les auteurs analysent les ruptures utérines opérées au niveau de l'ensemble des maternités chirurgicales du Sénégal au cours de l'année 1996. Au total, 50 cas de rupture utérine étaient enregistrés, soit 1 rupture utérine opérée pour 45 césariennes. Le profil moyen était celui d'une femme habitant en zone rurale (68 %), âgée de 30 ans ou plus (66 %), multipare (64 %) et présentant des facteurs de risque obstétricaux (76 %). Dans 96 % des cas la rupture était survenue après une tentative d'accouchement par voie basse dans une maternité non chirurgicale, souvent gérée par un personnel aux compétences obstétricales limitées. Une suture utérine conservatrice est réalisée dans 22 % des cas, une hystérectomie obstétricale dans 78 % des cas. Les conditions d'évacuation sont très précaires (68 % des cas) et le délai moyen entre l'indication opératoire et la réalisation de l'intervention est de 11 heures. Le pronostic est marqué par une mortalité maternelle (16 %) et une morbidité (14 %) élevées, la mortalité périnatale était de 95 %. Pour diminuer la fréquence des ruptures utérines, il faut favoriser une meilleure organisation des soins obstétricaux d'urgence et un meilleur dépistage des facteurs de risque de dystocie au cours des consultations prénatales.

MOTS-CLES • Rupture utérine - Mortalité maternelle - Soins obstétricaux d'urgence.

UTERINE RUPTURE IN SENEGAL: EPIDEMIOLOGY AND QUALITY OF MANAGEMENT

ABSTRACT • The purpose of this prospective longitudinal study was to analyze data concerning patients treated for uterine rupture at surgical maternity hospitals in Senegal between January 1 to December 31, 1996. A total of 50 cases of uterine ruptures were recorded during the study period, i.e., 1 rupture for every 45 cesarian sections. Typical epidemiological features were rural residence (68%), age over 30 years (66%), multiparity (64%), and presence of obstetrical risks factors (76%). In 96% of cases, rupture usually occurred after failure or natural delivery assisted by personnel with limited skills in non-surgical facilities. Treatment consisted of uterine suture in 22% of cases and obstetrical hysterectomy in 78%. As a result of poor facilities for emergency transportation (68% of cases), mean delay between the indication for operative treatment and intervention was 11 hours. Maternal mortality and morbidity were 16% and 14% respectively. Neonatal mortality was 95%. The incidence of uterine rupture could be lowered by improving emergency obstetrical care and identifying risk factors for dystocia during prenatal examinations.

KEY WORDS • Uterine rupture - Maternal mortality - Obstetrical emergency care.

Malgré les progrès importants enregistrés dans le cadre du programme national de réduction de la mortalité maternelle, la femme sénégalaise continue de payer un lourd tribut aux complications liées à la grossesse et à l'accouchement (le taux de mortalité maternelle est estimé à 510 décès pour 100 000 naissances vivantes (1)).

Parmi ces complications, la rupture utérine est certainement l'une des plus graves car mettant en jeu immédia-

tement le pronostic vital maternel et fœtal. En Afrique noire, la plupart des ruptures utérines surviennent chez des parturientes présentant un accouchement dystocique. Avec l'Organisation mondiale de la santé, il existe actuellement un consensus sur le fait que la surveillance du travail et la détection précoce des dystocies représente l'une des approches les plus importantes pour réduire la mortalité maternelle (2).

Cette étude a été réalisée à partir des données recueillies à travers la surveillance épidémiologique continue de l'activité obstétrico-chirurgicale au niveau national.

Elle a pour objectif d'analyser l'épidémiologie et la qualité de la prise en charge des ruptures utérines.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive de tous les cas de rupture utérine au cours du travail, prises en charge au niveau de toutes les maternités chirurgicales du Sénégal (au total 22), entre le 1er janvier et le 31 décembre 1996.

• Travail de la Clinique Gynécologique et Obstétricale (Professeur Jean C MOREAU) (C.T.C., Maître de conférence agrégé, Gynécologue-obstétricien), CHU de Dakar, BP 15 745 Dakar Fann, de la Direction technique Division de la santé de la reproduction (E.O.F., Gynécologue-obstétricien; (F.D., Professeur Honoraire)), Ministère de la santé, de l'hygiène et de la prévention du Sénégal, Dakar, de la Division recherche en santé de la reproduction (L.D.B.) Organisation Mondiale de la Santé, 20 Avenue Appia, CH-1211 Genève 27, Suisse

• Correspondance : C.T. CISSE, Clinique Gynécologique et Obstétricale, CHU de Dakar, BP 15 745 Dakar Fann, • Fax : + 221 555 58 51 •

• Article reçu le 30/01/2001, définitivement accepté le 13/01/2003.

Chaque cas a fait l'objet d'une fiche individuelle de renseignement, informatisée, comportant les paramètres suivants : âge, parité, antécédents obstétricaux, données de l'évaluation clinique du bassin, suivi prénatal conditions de référence, délais de prise en charge, origine géographique, étiologie, conditions de réalisation de l'intervention, pronostic maternel et périnatal.

Les données sont saisies sur le logiciel Epi Info Version 6, le traitement est effectué grâce à un programme d'analyse automatique.

RESULTATS

Epidémiologie

Au cours de la période d'étude, 50 cas de rupture utérine ont été opérés. Parmi elles 11 cas ont fait l'objet d'une suture utérine conservatrice (dont 1 hystérectomie secondaire) et 39 hystérectomies ont été réalisés d'emblée.

La rupture utérine représentait 2,2 % des indications de césarienne, soit une rupture utérine pour 45 césariennes.

En fonction du lieu d'habitation on notait que 68 % des cas résidaient en zone rurale (Tableau I). La distance moyenne entre la localité de l'habitat et la maternité où la femme était opérée est de 84 Km, avec des extrêmes de 19 et 160 Km.

La moyenne d'âge était de 31 ans avec un écart type de 2 ans et des extrêmes de 17 et 45 ans (Tableau II).

Les multipares étaient les plus représentées avec 64 % des cas, la parité moyenne était de 6 (Tableau III).

Tableau I - Origine géographique et traitement chirurgical des ruptures utérines, Sénégal 1996.

Origine	Nombre	Fréquence	Suture	Hystérectomie
Dakar	13	26	3	10
Ziguinchor	6	12	2	4
Diourbel	5	10	0	5
Saint - Louis	4	8	0	4
Tamba	3	6	0	3
Kaolack	6	12	6	0
Fatick	5	10	0	5
Kolda	6	12	0	6
Thies	2	4	0	2
Total	50	100	11	39

Tableau II - Répartition de 50 ruptures utérines selon l'âge, Sénégal 1996.

Age	Nombre	%
17-19 ans	3	6
20-29	14	28
30-39	25	50
40	8	16
Total	50	100

Tableau III - Répartition de 50 ruptures utérines selon la parité, Sénégal 1996.

Parité	Nombre	%
1	4	8
2-3	14	28
4-5	12	24
	20	20
Total	50	100

Des facteurs favorisants étaient retrouvés dans 76 % des cas, les principaux étaient les suivants :

- la grossesse gémellaire dans 40 % des cas ;
- les anomalies du bassin : 22 % ;
- un utérus cicatriciel : 18 % ;
- une macrosomie fœtale : 19 % ;
- les présentations dystociques : 8 %.

Dans 80 % des cas, on retrouvait dans les antécédents des patientes au moins un accouchement antérieur difficile qui s'était soldé par un mort né.

Fonctionnement et utilisation des services

Dans 18 % des cas les patientes n'avaient pas effectué de consultation prénatale (CPN), seules 16 % avaient fait le minimum de 3 CPN préconisés ; le nombre moyen de CPN était de 2. A partir des CPN, seules 10 % des femmes étaient orientées vers une maternité chirurgicale, mais pour diverses raisons cette décision n'a pas été effective avant la survenue de la rupture utérine. Les parturientes étaient plutôt référées en urgence dans 96 % des cas, après une tentative d'accouchement par voie basse dans un poste de santé (48 %), un centre de santé (46 %), une case de santé (2 %) ou une clinique privée (2 %).

La décision d'évacuation était prise dans 56 % des cas par les sages-femmes, 33 % par les infirmières, 11 % par les matrones. L'évacuation était médicalisée dans 32 % des cas, dans les 68 % restants elle s'est faite par le biais d'un taxi de banlieue, d'un transport en commun ou d'un véhicule utilitaire.

Un retard à l'intervention était noté dans 70 % des cas. Le délai moyen entre la décision d'intervention et la réalisation de l'acte opératoire était de 11 heures. Parmi les problèmes rencontrés on notait en particulier :

- l'absence de kit opératoire : 46 % ;
- la non disponibilité d'un anesthésiste : 6 % ;
- le manque de sang : 30 %.

Pronostic

• Maternel

Nous avons noté 8 décès, soit 16 % des cas (6 en post opératoire immédiat et 2 en post opératoire secondaire). Tous les décès étaient enregistrés parmi les patientes ayant subi une hystérectomie. Les causes de mortalité étaient représentées par le choc hémorragique (75 %) et l'infection (25 %).

Dans le cadre du suivi post opératoire effectué entre J30 et J60, une morbidité était enregistrée chez 14,3 % des sur-

vivantes: 2 cas d'anémie sévère, 2 cas de suppuration, 1 cas d'hystérectomie secondaire pour infection, 1 cas de fistule vésico-vaginale.

• Périnatal

Au total, 47 décès étaient enregistrés soit un taux de mortalité périnatale de 940 pour 1000 (44 décès intra-utérins et 3 décès néonataux). Les 3 nouveau-nés vivants n'ont pas présenté de séquelles lors du contrôle post natal effectué entre J30 et J60.

DISCUSSION

Dans les pays développés la rupture utérine est devenue exceptionnelle et ne survient que sur des utérus cicatriciels (3), par contre dans les pays en développement elle reste encore fréquente. L'incidence de la rupture utérine varie entre 1/1000 et 1/1500 grossesses aux Etats-Unis (4), entre 1/1000 et 1/2000 en France (5). Au Sénégal, cette incidence a connu une légère baisse avec 16 ruptures utérines pour 1000 accouchements en 1992 contre 12 pour 1000 en 1996 (6). En Afrique noire, on retrouve dans la littérature les taux suivants: 1/95 au Mali (7), 1/44 au Burkina Faso (8), 1/103 au Togo (9), 1/226 au Bénin (10), 1/131 au Niger (11), 1/441 au Maroc (12).

Le profil moyen de nos cas est celui d'une femme habitant en zone rurale (68 %), âgée de 31 ou plus, multipare (64 %) et présentant des facteurs de risque obstétricaux (76 %).

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. L'utilisation inadaptée des produits ocytotiques joue également un rôle déterminant; mais son évaluation reste difficile car les traitements antérieurs sont rarement consignés sur les fiches d'évacuation.

A côté des facteurs obstétricaux, l'absence de consultations prénatales (CPN) (18 % des cas) peut être aussi considérée comme un facteur de risque, mais qu'on qualifierait de mineur. En effet, malgré l'existence d'un nombre moyen de 2 CPN, le taux de référence à une maternité chirurgicale avant le travail est très faible (10 % seulement). Cela reflète assez bien la qualité insuffisante et le caractère non opérationnel des CPN telles qu'elles sont pratiquées actuellement dans leur grande majorité. A l'instar des autres urgences obstétricales, le système de référence/recours est ici aussi globalement inefficace et mal organisé (caractère tardif des décisions de référence, absence de moyens de transport adéquats, frais d'évacuation à la charge des familles) (13).

On constate que 96 % des ruptures utérines sont survenues au niveau de petites maternités non chirurgicales et dont le personnel a des compétences limitées. Dans 50 % des cas il s'agit de structures situées à la base de la pyramide sanitaire (case de santé, poste de santé) généralement tenues par des infirmiers, aide-infirmiers ou matrones qui ont une faible culture obstétricale. Ceci pose le problème de la formation et de la supervision du personnel chargé des soins obstétricaux. La rédaction de protocoles adaptés aux contraintes de terrain

permettra certainement d'éviter les traitements inadaptés, elle aidera aussi le personnel à planifier les ressources nécessaires pour chaque cas de figure. En complément de cette formation, la généralisation de l'utilisation du partogramme constitue la stratégie idéale pour aider le personnel travaillant en salle d'accouchement à détecter et à référer précocement un travail dystocique.

Mais la promotion d'un meilleur dépistage des facteurs de risque est insuffisante si les maternités chirurgicales de référence ne sont pas en mesure d'assurer des soins obstétricaux d'urgence de qualité et de manière continue. Et c'est effectivement le cas si on considère les longs délais enregistrés entre la décision d'intervention et la réalisation de l'acte opératoire (11 heures en moyenne), alors qu'on se trouve devant une urgence extrême.

Même pour mettre une simple voie veineuse on est parfois obligé d'attendre que la famille ait les moyens d'acheter l'ordonnance en officine; à cela s'ajoute la pénurie quasi-constante en sang et dérivés sanguins.

L'intervention est finalement effectuée le plus souvent sur un utérus présentant des berges plus ou moins nécrotiques. Il en résulte un taux élevé d'hystérectomies obstétricales (78 % dans notre série); il en est de même dans les séries de Lankoande au Burkina (8), Diouf au CHU de Dakar (14), Touré-Coulibaly en Côte d'Ivoire (15), Olamijulo au Nigéria (16). Par contre dans les pays développés, la fréquence de l'hystérectomie est plus faible de l'ordre de 5 à 30 % (17,18).

Le pronostic est marqué par une mortalité maternelle élevée (16 %); la rupture utérine, qui représente seulement 2 % des indications de césariennes, détermine 11 % de la mortalité post-opératoire globale en chirurgie obstétricale au Sénégal (13). Dans la littérature africaine on trouve des taux de 10 à 35 % (6-12,18). Par contre la mortalité maternelle est nulle dans les séries les plus récentes publiées dans les pays développés (3,17,18).

Cette forte mortalité maternelle est favorisée dans notre contexte par la conjonction de plusieurs facteurs. L'état général des femmes est presque toujours médiocre au moment de l'admission. En raison de « l'usure biologique » liée à la multiparité, aux grossesses rapprochées, à la malnutrition, leur organisme supporte mal le traumatisme utérin; sans oublier qu'elles doivent le plus souvent effectuer un véritable « parcours du combattant » pour arriver au niveau du centre de référence (68 % des évacuations en urgence ne sont pas médicalisées).

Le système des soins obstétricaux d'urgence est complètement désorganisé et particulièrement inefficace. Il existe certes un manque chronique de moyens en rapport avec la condition socio-économique de nos pays, mais il s'agit plus d'un dysfonctionnement lié à des problèmes d'ordre structurel :

- faible couvert humain personnel qualifié pour les soins obstétricaux;
- absence de relations fonctionnelles en réseau entre les maternités chirurgicales de référence et les maternités périphériques;
- inexistence de plans de gestion de l'urgence extrême dans les centres de référence;

- absence de cadres de concertation sur l'amélioration de la qualité des services.

Le pronostic périnatal est également péjoratif, avec un taux de mortalité de 94 %, il en est de même dans toutes les séries africaines (6-12,19). Car il s'agit presque toujours de ruptures complètes (soit d'emblée, soit secondairement en raison des délais de prise en charge) avec l'abdominalisation du fœtus et le décollement placentaire du fait de la rétraction utérine. Pour améliorer le pronostic, il faut :

- une prévention secondaire, grâce à une meilleure organisation des soins obstétricaux d'urgence pour permettre de référer et de prendre en charge les cas de rupture utérine sans délai ;

- une prévention primaire, en favorisant un meilleur dépistage et une référence systématique vers une maternité chirurgicale des femmes enceintes présentant les facteurs de risque suivants : nulliparité ou grande multiparité, grossesse gémellaire ou multiple, hauteur utérine supérieure ou égale à 35 cm, taille inférieure ou égale à 1m50, utérus cicatriciel, durée de travail supérieur à 12 heures.

En conclusion, on peut dire que la rupture utérine peut être considérée comme un indicateur direct du niveau de couverture des besoins obstétricaux dans un pays. Les fréquences élevées enregistrées dans les pays d'Afrique noire, ainsi que les taux importants de mortalité maternelle et périnatale qui en découlent, reflètent assez bien la faible couverture obstétricale des populations surtout rurales. Cette fréquence est certainement sous-estimée, car beaucoup de femmes décèdent probablement avant d'arriver au niveau des centres de référence. Pour lutter contre ce fléau, il faut d'une part améliorer la gestion de l'urgence obstétricale et d'autre part rendre les CPN plus opérationnelles en vue d'un meilleur dépistage des facteurs de risque obstétricaux.

REFERENCES

- 1 - SULLIVAN J, AYAD M, NDIAYE S - Mortalité maternelle. In Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS 92-93). Macro Intern Inc 1994; **4** : 133-140.
- 2 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE - Mortalité maternelle: soustraire les femmes à l'engrenage fatal. *Chronique OMS* 1996; **40** : 193-202.
- 3 - ROZENBERG P, GOFFINET F, PHILIPPE HJ, NISAND I - Mesure échographique de l'épaisseur du segment inférieur pour évaluer le risque de rupture utérine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997; **26** : 513-519.
- 4 - EDEN RD, PARKER RT, GALL SA - Rupture of the pregnant uterus: a 53 years review. *Obstet Gynecol* 1986; **68** : 671-674.
- 5 - BRETONES S, COUSIN C, GUALANDI M, MEILLER G - Rupture utérine: à propos d'un cas de rupture spontanée à 30 SA chez une primipare. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997; **26** : 324-327.
- 6 - GUEYE SM, MOREAU JC, MOREIRA PM *et Coll* - Rupture utérine au Sénégal: résultats de deux enquêtes effectuées en 1992 et 1996. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001; **30** : 700-705.
- 7 - DOLO A, KEÏTA B, DIABATE FB, MAÏGA B - Les ruptures utérines au cours du travail à Bamako. *Dakar Med* 1990 ; **35** : 61-64.
- 8 - LANKOANDE J, OUEDRAOGO CMR, TOURE B *et Coll* - A propos de 80 cas de rupture utérine à la Maternité du CHU au Burkina Faso. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997; **26** : 715-719.
- 9 - HODONOU AKS, SCHMIDT H, VOVOR M - Les ruptures utérines en milieu africain au CHU de Lomé : à propos de 165 cas. *Afr Med* 1983; **22** : 459-468.
- 10 - ALIHONOU E, AGUESSY-AHYI B, AKOCHOU L - Les ruptures utérines: facteurs favorisants et mesures prophylactiques. *Dakar Med* 1983; **28** : 553-559.
- 11 - DIALLO FB, IDIN N - La rupture utérine à la maternité centrale de référence de Niamey. *Med Afr Noire* 1998; **45** : 310-315.
- 12 - BOUTALEB Y, ADERDOUR M, ZHIRI MA - Les ruptures utérines. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1982; **11** : 87-89.
- 13 - CISSE CT, FAYE EO, DE BERNIS L *et Coll* - Epidémiologie et qualité de la couverture obstétrico-chirurgicale au Sénégal. *Cahiers Santé* 1998; **8** : 369-377.
- 14 - DIOUFA, FAYE EO, MOREIRA PM *et Coll* - Hystérectomie obstétricale d'urgence. *Contracept Férité Sex* 1998; **26** : 167-172.
- 15 - TOURE-COULIBALY K, KOUAKOU F, KOFFI K, AJDOBIER - Les hystérectomies d'hémostase en obstétrique : étude de 84 cas au CHU de Treichville. *Med Afr Noire* 1995; **42** : 678-684.
- 16 - OSEFO J - Cesarean and post-partum hysterectomy in Enugu. *Int J Gynecol Obstet* 1989; **30** : 93-97.
- 17 - KONE M, DIARRA S - Rupture utérine au cours de la grossesse. *Encycl Med Chir Obstet*, Masson ed, Paris, 1995, 5080 A10, 7 p.
- 18 - THONET RGN - Obstetric hysterectomy : An 11 years experience. *Br J Gynecol Obstet* 1986; **93** : 794-798.
- 19 - ILOKI LH, OKONGO D, EKOUNDZOLA JR - Les ruptures utérines en milieu africain : 59 cas colligés au CHU de Brazzaville. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1994; **23** : 922-925.