

PRONOSTIC MATERNO-FOETAL DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI

PIERRE COULIBALY¹, OUMAR GUINDO¹, MAMA DIT KOROKOI SAMASSEKOU², KONIMBA KONE³,
ABDOULAYE TRAORE¹, SEYDOU N BAGAYOGO¹, ABDOUL AZIZ DIAKITE⁴, TIOUKANI THERA³

¹Hôpital Sominé Dolo Mopti

²Médecin généraliste Mali

³CHU Point G Bamako

⁴CHU Gabriel TOURE Bamako

Auteur correspondant : Dr Pierre COULIBALY, Médecin Gynécologue Obstétricien, chargé de recherches, Chef de Service de la Gynéco Obstétrique Hôpital Sominé DOLO de Mopti, Email : coulipierre@yahoo.fr, tel : 74 49 53 52

Résumé

La rupture prématurée des membranes demeure un problème très complexe en obstétrique malgré les avancées médicales. Au Mali, elle est fréquente au cours de la grossesse avec 2,70% au niveau des maternités de l'hôpital du Point G et du Gabriel Touré en 2013 et 1,6% à la maternité CSREF CV en 2012. La survenue d'une rupture prématurée des membranes est grave car en plus de la grande prématurité, elle expose aux risques infectieux et aux conséquences de l'oligoamnios (dont l'hypoplasie pulmonaire) qui sont des éléments déterminants de leur pronostic. Ainsi, à travers une étude cas témoins du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017, nous avons étudié le pronostic materno-fœtal de la rupture prématurée des membranes à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti. La fréquence de la rupture prématurée des membranes dans notre série par rapport au nombre d'accouchement est de 4,63% soit 63 cas / 1362 accouchements. L'accouchement a été eutocique avec 63,5% par voie basse et la césarienne a été réalisée chez 36,5% des cas. Aucun décès n'a été enregistré chez les parturientes incluses bien que la mortalité anténatale était 4,8%. Par rapport aux complications, 19% de cas de prématurité et 1,6% de cas de chorioamnionite ont été enregistrés. Le suivi régulier des grossesses, le recours à temps vers les structures de santé ainsi que le renforcement des plateaux techniques pourraient réduire de façon considérable la survenue des ruptures prématurées de membranes et leurs complications.

Mots clés : rupture prématurée des membranes, prématurité, chorioamnionite.

Abstract

Premature rupture of membranes remains a very complex problem in obstetrics despite medical advances. In Mali, it is frequent during pregnancy with 2.70% in maternity hospitals at Point G Hospital and Gabriel Touré in 2013 and 1.6% in CSREF CV maternity in 2012. The occurrence of a premature rupture of the membranes is serious because in addition to great prematurity, it exposes to the risks of infection and the consequences of oligoamnios (including pulmonary hypoplasia) which are determining factors in their prognosis. Thus, through a prospective study from January 1 to December 31, 2017, we studied the maternal-fetal prognosis of premature rupture of the membranes at Somine Dolo Hospital in Mopti. The frequency of premature rupture of the membranes in our series in relation to the number of deliveries is 4.63% or 63 cases / 1,362 deliveries. Childbirth was eutocic with 63.5% vaginally and cesarean section was performed in 36.5% of cases. No deaths were recorded in the parturients included although the antenatal mortality was 4.8%. Compared to complications, 19% of prematurity and 1.6% of chorioamnionitis were recorded. Regular monitoring of pregnancies, timely referral to health facilities as well as strengthening technical platforms could significantly reduce the occurrence of premature rupture of membranes and their complications.

Key words: premature rupture of membranes, prematurity, chorioamnionitis.

1. Introduction

La rupture prématurée des membranes (RPM) est définie comme une rupture de la poche des eaux (amnios et chorion) avant le début du travail d'accouchement. Bien que la majorité des ruptures se produise au-delà de 37 semaines d'aménorrhée (SA), une part non négligeable survient avant ce terme de la grossesse (Accoceberry M et al, 2005). Cette définition inclut les fissurations de la poche des eaux et exclut les ruptures en cours du travail. Certains auteurs considèrent comme prématurée toute rupture des membranes survenant avant le début des contractions, alors que pour d'autres, le diagnostic nécessite une phase de latence minimale supérieure à 1 heure, 12 heures voire 24 heures, avec une tendance vers un consensus de 12 heures. Ces différences de définitions expliquent les variations dans les fréquences et les résultats rapportés (Audra P, Pasquier JC 2002).

Du fait des variations de définition, la fréquence de la rupture prématurée des membranes varie de 3 à 18 % des accouchements et elle semble en diminution grâce à l'amélioration du niveau sanitaire des populations et de la plus grande précision des diagnostics (P. Gillard, L. Sentilhes, P. Descamps, 2012). Avant 28 SA, elles sont rares, de 1 à 7 / 1 000 grossesses, mais elles sont graves car elles ajoutent à la grande prématurité et au risque infectieux les conséquences de l'oligoamnios, c'est-à-dire entre autres l'hypoplasie pulmonaire (P. Gillard, L. Sentilhes, P. Descamps, 2012).

En pratique, le taux de rupture à terme avant le travail est de 8 % (Pasquier JC, Doret M, 2008) et celui des ruptures prématurées avant terme de 3 % des grossesses (ACOG Practice Bulletin n° 80. Premature rupture of membranes, Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, *Bulletin Obstet Gynecology* n°80, 2007; (109) 1007 – 1019)

Au Mali la rupture prématurée des membranes reste encore une pathologie fréquente au cours de la grossesse. Les maternités de l'Hôpital National du Point G, du CHU Gabriel Touré et celle du CSREF CV rapportent des taux de 2,70% pour les deux premières maternités et 1,6% pour celle du CSREF CV (Théra T, 2012). Cependant aucune étude à ce jour n'avait été portée sur le pronostic materno-fœtal de la rupture prématurée des membranes dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti. Cette étude y a été ainsi initiée pour évaluer le pronostic maternel et fœtal de la rupture prématurée des membranes.

2. Matériel et Méthodes

Il s'agissait d'une étude cas témoins qui a été réalisée au niveau de la maternité de l'hôpital de Mopti du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017 ayant inclus toutes les gestantes admises dans le service pendant la période de l'étude. L'échantillon était constitué de 63 cas et de 63 témoins.

Les données ont été collectées à partir des fiches d'enquêtes individuelles élaborées à cet effet mais également à partir de l'exploitation des dossiers obstétricaux, des carnets de consultation prénatale, du registre d'accouchement, du registre de la césarienne et du registre des urgences obstétricales.

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Word 2016 et analysées sur le logiciel SPSS version 21. Nous avons déterminé l'odds ratio avec son intervalle de confiance (IC) à 95%. Les valeurs de $p < 0,05$ ont été retenues comme statistiquement significatives.

3. Résultats

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017, la fréquence de la rupture prématurée des membranes dans notre série par rapport au nombre d'accouchement est de 4,63% soit 63 cas / 1362 accouchements, la tranche d'âge des 20 à 24 ans a été la plus observée (58,7%) chez des ménagères.

Le principal motif d'admission à la maternité (tableau 1) a été la perte des eaux dans 87,5%. Aucun antécédent de rupture prématurée n'a été retrouvé chez 93,7% des parturientes. La plus part (65,1%) des ruptures prématurées des membranes sont survenues à 37 semaines ou plus et 61,9% des parturientes avaient effectué au moins 3 consultations prénatales. La survenue étant spontanée dans 96 % des cas. Par rapport aux voies d'accouchement, la voie basse simple a occupé 63,5% et la césarienne 36,5%.

Tableau 1 : Répartition des gestantes selon le motif d'admission

Motif d'admission	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins (%)			
Perte des eaux	55 (87,3)	0 (0,0)	0,000	-	-
Contractions utérines	8 (12,7)	45 (71,4)	0,000	0,06	[0,02 – 0,15]
Métrorragies	0 (0,0)	5 (7,9)	0,023	-	-
Césarienne prophylactique	0 (0,0)	9 (14,3)	0,002	-	-
Crises convulsives	0 (0,0)	4 (6,3)	0,042	-	-

Tableau 2 : Répartition des gestantes selon le pronostic materno-fœtal

Complications fœtales	CATEGORIE		P	OR	[IC _{95%}]
	Cas (%)	Témoins (%)			
Prématurité	12(19,0)	3(4,8)	0,013	4,71	[1,26 – 17,60]
Mort fœtale	3(4,8)	3(4,8)	1,000	1,00	[0,19 - 5,15]
Macrosomie fœtale	6(9,5)	3(4,8)	0,299	2,11	[0,50 – 8,82]
Hypotrophie fœtale	5(7,9)	1(1,6)	0,094	5,35	[0,61 - 47,13]
Souffrance néonatale	8(12,7)	5(7,9)	0,380	1,69	[0,52 – 5,47]
Complications maternelle					
Césarienne	23(36,5)	24(38,1)	0,854	0,93	[0,45 – 1,92]
Chorioamniotite	1 (1,6)	0(0,0)	0,315	-	-
Procidence du cordon	1 (1,6)	0(0,0)	0,315	-	-

4. Discussion

Pendant les 12 mois d'enquête, du premier janvier 2017 au 31 décembre 2017, nous avons enregistré 1362 accouchements à L'Hôpital Sominé Dolo de Mopti incluant 63 cas de rupture prématurée soit 4,63%. Cette fréquence est supérieure à celles rapportées par des études réalisées au Mali par Keita M A avec 0,9% (Keita M A, 2002) ; Samaké A 2,49% (Samaké A, 2013) et Keita N 2,8% (Keita N, 2009).

Cette fréquence élevée s'explique par le fait que l'hôpital Sominé Dolo est la seule structure compétente pour la réanimation des nouveau-nés dans la région de Mopti.

Par rapport au motif de consultation, le premier signe clinique est l'écoulement liquidien (87,3%) et 12,7% pour des contractions utérines. Ce résultat est supérieur de celui obtenu par Cissé K (2006) et (Samaké A, 2013) qui ont trouvé respectivement 42,9% et 79% des cas. Ces résultats révèlent que les femmes ne connaissent pas tous les risques de la RPM, qui pour elles ne peuvent constituer un motif de consultation.

Dans cette étude, les pauci-pares avec 31,7% ont été les plus représentées. La différence statistique avec les témoins n'était pas considérable ($P=0,557$). Ce résultat est inférieur de celui obtenu par Keita M A (2002) et Traoré A L (1995) qui ont respectivement 35,20% et 40,81%.

Nous avons remarqué que la RPM a touché les paucipares plus que les primipares et les multipares avec une fréquence de 31,7% des cas. Concernant l'âge de la grossesse, 65,1% des gestantes étaient au 3ème trimestre de la grossesse alors que Boog G et Mirlesse V (1995) ont trouvé respectivement 60 à 80 % et 80% des cas de RPM à terme, Samaké A (2013) a trouvé 82% des cas de RPM à terme. Notre étude n'a enregistré aucun cas de RPM à un âge gestationnel inférieur à 28 SA.

Dans notre population d'étude, nous avons enregistré 96,8% de rupture spontanée des membranes. Ceci est dû au fait que la RPM peut survenir même en cas de surveillance stricte de la grossesse. Ce taux est supérieur à celui de Samaké A [Samaké A, 2013] qui a trouvé 79% des cas de rupture spontanée des membranes, mais inférieur à celui de Keita N (2009) qui a trouvé 99% des cas de rupture spontanée des membranes.

Dans notre population d'étude, nous avons enregistré 63,5% d'accouchement par les voies génitales naturelles chez les cas contre 58,7% des témoins, 36,5% de césarienne sans une différence significative ($P=0,584$). Ces résultats sont proches des ceux trouvés par Cissé K (2012) et Keita N (2009) lors d'une étude similaire avait trouvé 76,7% et 79,6% d'accouchement par la voie génitale naturelles. Andriamady et al [Andriamady RCL et al] ont obtenu 20,9% de césarienne dans leur étude.

Dans notre série 58,7% des nouveau-nés ont été référés au service de néonatalogie avec une différence statistique très significative $P<0,001$. Parmi les quels 8 cas de souffrance fœtale, 12 cas de prématurité, 6 cas de macrosomie fœtale, 5 cas d'hypotrophie fœtale et 6 cas pour une éventuelle infection néonatale probable.

Le pronostic fœtal a été grevé de morbidité et de mortalité fœtale importante. Ainsi dans notre étude nous avons enregistré 53,9% de complications, soit 19% de prématurité, 12,7% de souffrance fœtale, 4,8% de mort-nés, 7,9% d'hypotrophie fœtale, 9,5% de macrosomie fœtale.

Cette morbidité et mortalité importante étaient surtout retrouvées dans les cas de la RPM prolongée de plus de 3 jours.

Notre taux de mortalité fœtale était de 4,8% des taux relativement élevés ont été observés par des auteurs dans les pays développés (Adisso S et al 2006), Jacquetin B et Fondrinier C (1986), Thoulon JM, Pasquier JC et Audra P (2003). Pour le pronostic maternel 36,5% des cas ont accouché par césarienne qui a été indiquée à cause de la RPM sur utérus cicatriciel et la macrosomie fœtale. Il y a eu un cas de chorioamniotite suite à la RPM dans notre étude. Ces taux sont inférieurs à ceux de Samake. A (2013) qui a enregistré 39% de césarienne et 3% de chorioamniotite.

5. Conclusion

Au terme de notre étude « cas témoins » sur une période d'une année, nous concluons que la RPM est une affection fréquente. Le pronostic maternel est bon en général, il n'y a pas eu de cas de décès maternel. Le pronostic fœtal a été mauvais et s'est exprimé sous forme de prématurité, de mortalité néonatale et souffrance fœtale. Nous avons aussi observé des cas de mortalité néonatale précoce. La prise en charge de la RPM n'est pas univoque. La prise de décision dépend de certains facteurs : l'âge gestationnel, les conditions obstétricales, l'existence ou non d'infection maternelle ou fœtale. La diminution du nombre de RPM repose sur l'amélioration de la qualité de vie et d'hygiène de la population, la bonne qualité des soins offerts aux femmes avant et pendant la grossesse et en particulier sur le dépistage, le traitement et la prévention des infections urogénitales.

Références

Accoceberry M et al., 2005 : Morbidité néonatale après attitude d'expectative suivie d'une naissance systématique à 34 semaines d'aménorrhée en situation de rupture prématurée des membranes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, (33) 577–581.

ACOG Practice, 2007: Premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, *Bulletin n° 80 Obstet Gynecol* ; (109) 1007-1019.

Adisso S, Takpara I, Téguté I et al. (2006): Facteurs de risque de la ruptures prématuré des membranes à la maternité nationale de référence de Cotonou. *Fondation Genevoise pour la formation de la recherche* 23 Aout 2006 (Communication)

Andriamady RCL et al. 1999 : Les Ruptures prématurés des membranes vues à la maternité de Befelatanana, centre hospitalier universitaire d'Antananarivo 1998 ; *Arch Inst Paster Madagascar* 65 (2) :100-02.

Audra P, Pasquier JC, 2002. Rupture prématurée des membranes à terme, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*.5-072-B-20, pp 5-5.

Boog G, 1995 : La rupture prématurée des membranes tirées obstétrique *Université Francophone, Ellipses, Aupelp / UREF*, pp 572-79.

Cissé K, 2006 : Facteurs de risque de la RPM au service de gynécologie et obstétrique du centre de sante de référence de la commune V du District de Bamako, thèse Med.

Gillard P, Sentilhes L, Descamps P, 2012 : Rupture prématurée des membranes en dehors du travail : conduite à tenir. Chapitre 19.

Jacquetin B, Fondrinier C, 1986 : La rupture prématurée des membranes, une énigme persistante, *Journal of Gynecol Obstet Biol Repord*, 15: 30-37

Keita M A, 2002 : La Rupture prématurée des membranes: aspect épidémiologique, cliniques et thérapeutiques au service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse de Médecine 2002 N°23, 78 p.

Keita N, Facteurs de risque et pronostic materno fœtal de la rupture prématurée des membranes dans le service de gynécologie du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse de médecine, avril 2009, N°11, 78 p.

Pasquier JC, Doret M : Les membranes fœtales : développement embryologique, structure et physiopathologie de la rupture prématurée avant terme. *J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod.* 2008 (37): 579—588.

Samaké A, 2013La Rupture prématurée des membranes : pronostic materno fœtal de la rupture prématurée des membranes dans le service de gynécologie obstétrique au CHU point G. Thèse de médecine.

Thera T et al, 2012. : Facteurs de risque et pronostic de la rupture prématurée des membranes dans le service de la gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. *Annales de la SOGGO.* 2012 (18): 53 -57.

Thoulon JM, Pasquier JC, Audra P, 2003 : Surveillance du travail, Paris, Masson, 273 p.

Traore A L, 2001 : Efficacité comparée de l'expectative armée et la conduite à tenir dans la prise en charge de la rupture prématurée des membranes à Bamako, thèse de Médecine, N°10.