

Les ruptures prématurées des membranes vues à la Maternité de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo en 1998

Andriamady RCL¹, Rasamoelisoa JM¹, Ravaonarivo H¹, Ranjalahy RJ²

RESUME : La Rupture Prématurée des Membranes (RPM) reste le plus souvent anodine, mais elle devient grave lorsque le travail ne se déclenche pas dans les 24 heures qui suivent. Elle peut être alors à l'origine d'une infection néonatale qui engendre de lourdes morbidité et mortalité materno-fœtales. Une étude rétrospective menée pendant l'année 1998 a eu pour cadre la Maternité de Befelatanana afin de faire le point sur l'épidémiologie et le pronostic fœtal consécutifs à la RPM et de dégager des stratégies visant à diminuer les causes de ces RPM. Il y eut 4 232 cas de RPM, soit une incidence de 50,5%. L'âge moyen des parturientes a été de 27 ans. Les primipares et les grandes multipares ont été les plus touchées et ont représenté 59,8% de la population d'étude. Les facteurs de risque et les facteurs déterminants ont été des antécédents gynéco-ostétriciaux : avortement ou accouchement prématuré ou utérus cicatriciel, une malformation utérine, un placenta praevia, un hydramnios, une présentation dystocique, une surdistension utérine provoquée par une grossesse multiple ou une disproportion fœto-pelvienne, des infections uro-génitales, des notions de massage sur la région abdominale, une mauvaise consultation prénatale et un bas niveau de vie. Sur 4 315 naissances issues de RPM, 1 619 nouveau-nés (39,2%) présentaient des signes d'infection. Par ailleurs, nous avons enregistré 504 cas de mortalité périnatale, soit 11,7%. Les complications ayant survécu chez la mère ont été des infections, des ruptures utérines, des hémorragies. 5 décès ont été notifiés. La réduction du nombre de RPM repose d'une part sur l'amélioration de la vie et de l'hygiène de la population et d'autre part sur la qualité des soins offerts, depuis la période intergénésiq, jusqu'à la période post-natale.

Mots-clés : Grossesse - Complication - Rupture prématurée des membranes - Infection - Epidémiologie - Prévention - MADAGASCAR.

ABSTRACT : "Preterm ruptures of membranes at the Maternity Hospital of Befelatanana, Antananarivo in 1998" : Generally preterm ruptures of membranes (PRM) are harmless, but they become serious if the labor doesn't occur in the following 24 hours. Then, they might generate neonatal infections which provoke heavy fetal and maternal mortality. A retrospective study was carried out in 1998 at the Maternity Hospital of Befelatanana, Antananarivo in order to sum up knowledges on epidemiology and fetal prognosis of this disease, and to draw up measures to aim to reduce causes of PRM. 4232 cases of PRM were registered for the study period. The average age of parturient women was of 27 years old. PRM occur frequently among primiparas and high level multiparas. Risk factors and determinative causes are gyneco-obstetrical history as abortion, preterm delivery, cicatricial uterus, urogenital infections; uterine malformation; placenta praevia; hydramnios; dystocic labor presentation; uterine distension due to either multiple pregnancy or disproportion of fetus and birth canal; irregular and poor prenatal visits quality; low standard of living. Numerous premature infants of PRM outcomes had infections : 1 619 out of 4315 new-borns. Infant perinatal mortality rate was of 11.7 per cent. Maternal complications were infections, uterine rupture, hemorrhages. 5 deaths were noted. The reduction of PRM rate might be obtained by improvement of standard of living and hygiene, correct cares during pregnancy and intergenesic periods.

Key-words : Pregnancy - Complication - Preterm ruptures of membranes - Infection - Epidemiology - Prevention - MADAGASCAR.

INTRODUCTION

La rupture prématurée des membranes (RPM) est définie comme l'ouverture spontanée de la poche des eaux, avant le début du travail [1]. Elle survient chez bien de femmes enceintes mais reste le plus souvent anodine, car le travail s'ensuit

presque aussitôt. Par contre, elle devient grave lorsque le travail ne se déclenche pas dans les 24 heures qui suivent. Elle peut être alors à l'origine d'une infection néonatale qui engendre de lourdes morbidité et mortalité materno-fœtales [2,4].

Dans cette étude, les auteurs se proposent de faire le point sur l'épidémiologie et le pronostic fœtal consécutifs à cette ouverture de l'œuf, et de dégager des stratégies visant à diminuer les causes de ces RPM.

¹ Hôpital général de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, BP 8394 - 101 Antananarivo - Madagascar.

² Ministère de la Santé, BP 460 - 101 Antananarivo - Madagascar.

PATIENTS ET METHODE

Notre étude a eu pour cadre la Maternité de Befelatanana. Elle a consisté à observer, durant une période de 1 an, du 1^{er} janvier au 31 décembre 1998, tous les cas de RPM, selon un protocole préétabli. Dans une fiche, ont été consignés les antécédents, l'histoire de la grossesse, les éléments de surveillance du travail et l'issue de l'accouchement. Certains cas ont bénéficié d'un prélèvement bactériologique sur les urines et les sécrétions génitales dont les résultats ont permis d'instituer le traitement.

RESULTATS

Durant la période d'étude, 4 232 cas de RPM sur 8 386 accouchements ont été colligés, soit une incidence de 50,5%. L'âge moyen des parturientes a été de 27 ans 6 mois (âges extrêmes : 15-49 ans). La parité moyenne a été de 4. Les primipares et les grandes multipares ont été les plus touchées et ont représenté 59,8% de la population d'étude. Sur l'ensemble, 82,5% appartenaient à la couche sociale la plus défavorisée. Dans 72,3% des cas, les femmes provenaient de la capitale et de ses environs immédiats. Les 27,7% restantes ont été référées par des formations sanitaires rurales. Les antécédents ont révélé des problèmes d'avortement ou d'accouchement prématuré ou de placenta praevia (49,2%), d'infection uro-génitale (32,9%) et de notions de massage sur la région abdominale (19,3%). La grossesse a été mal ou non surveillée dans 60,2% des cas. Dans 29,3%, la fiche de surveillance de la grossesse n'a pu être produite. La consultation prénatale n'a été faite dans les normes que pour 10,5% des cas.

Dans l'ensemble, l'état général était conservé (79,5%). Dans les cas où il y a eu état morbide, ont été relevés : 32,8% d'accès de fièvre, 4,2% d'hémorragie, et 3,1% de troubles de la conscience.

Les causes des RPM ont été dominées par les infections des voies génitales (32,9%). Venaient ensuite la surdistension utérine provoquée par une grossesse multiple, un hydramnios, une malformation utérine : 180 cas, suivis par l'insertion basse du placenta et l'utérus cicatriciel : 64 cas, puis par la disproportion fœto-pelvienne : 51 cas, et par la présentation dystocique : 48 cas.

Le délai moyen entre l'ouverture de l'œuf et le début du travail a été de 7 h 45 mn (extrêmes : 3 h 30 mn-11 j). Dans 3 153 cas (79,5%), il s'agissait d'une grossesse près du terme, et dans 868 cas (20,5%) d'une menace d'accouchement prématuré. 204 cas de physométrie et de chorioamnionite, 93 cas de placenta praevia, 68 cas d'utérus cicatriciel,

51 cas de dystocies osseuses, et 32 cas de procidence du cordon ont été observés.

La prise en charge des RPM consistait en une asepsie rigoureuse des voies génitales a été de règle, et plus particulièrement s'il y avait menace d'accouchement prématuré. Une garniture stérile a été mise en place, et la toilette vaginale a été effectuée minutieusement à la Bétadine®. Un traitement préventif à base d'antibiotique, genre amoxicilline, à la dose de 1 g/12 h et de corticoïde, genre hydrocortisone à la dose de 100 mg/24 h est institué pendant 48 h. L'antibiothérapie n'a été prescrite que dans 289 cas (6,8%).

L'accouchement s'est enclenché spontanément dans près de 82,2% des cas. Pour les 19,8% restants, il a été provoqué par administration parentérale d'ocytocique, perfusion qui a été efficace dans 79,1% des cas. Devant les échecs, l'accouchement a été fait par voie haute. La durée moyenne du travail a été de 13 h 35 mn (extrêmes : 6-74 h). Dans 84% des cas, les accouchements se sont déroulés par voie basse avec 200 applications instrumentales, et 181 manoeuvres endo-utérines ou d'embryotomie. 11 cas de physométrie ont nécessité une hystérectomie en bloc.

Le pronostic fœtal a été sombre. En effet, durant cette période d'étude, sur 4 315 naissances issues de RPM, 1 619 nouveau-nés (39,2%) présentaient des signes d'infection. Par ailleurs, nous avons enregistré 504 cas de mortalité périnatale, soit 11,7% des RPM et 69,3% du total de la mortalité périnatale enregistrée au cours de la même période. Dans 64,5% des cas, les nouveau-nés décédés ont été des prématurés, 13% d'entre eux ont fait l'objet d'une extraction instrumentale. L'infection a constitué la deuxième cause de cette mortalité périnatale.

Les suites de couches immédiates ont été grevées d'infections (34,3%) à type d'endométrite, de thrombophlébite, de suppuration pariétale et d'anémie (9,8%). Par ailleurs, une anémie a été observée dans 9,8% des cas. 9 ruptures utérines sont survenues à la suite de manoeuvres endo-utérines ou d'embryotomie. Elles ont nécessité une hystérectomie subtotale dans 4 cas et une suture utérine dans les autres cas. Nous avons eu à déplorer 5 décès maternels dus à des complications infectieuses post-opératoires (4 cas) et hémorragiques (1 cas).

DISCUSSION

Notre étude montre l'importance des cas de rupture prématurée des membranes dans nos pratiques quotidiennes. Dans la majorité des cas, l'accouchement s'est enclenché spontanément, mais les complications ne manquaient pas pour autant. Ces résultats rejoignent les observations faites par d'autres auteurs

[1, 5]. A Befelatanana, la forte incidence de la RPM est liée au fait qu'une femme sur 4 est adressée à la Maternité de Befelatanana pour complications du travail, dans une situation obstétricale dépassée. Cette situation est à l'origine d'un taux élevé de morbidité et de mortalité materno-fœtales. Par ailleurs, l'insuffisance de notre plateau technique et la pauvreté de nos parturientes ont limité nos investigations en matière d'examen complémentaires (examens biologiques), d'autant plus qu'il s'agit d'une admission en urgence. L'importance du nombre des prématurés (1 nouveau-né sur 5), et des infections urogénitales a sans doute une origine extra-médicale (niveaux socioculturel et économique modestes sinon faibles), mais elle résulte surtout de la mauvaise qualité ou de l'insuffisance des surveillances intergénésiques et prénatales. Cette étude contribue à apporter des témoignages sur l'inefficacité du système de santé en matière d'évacuation des cas graves et urgents, et sur certaines contraintes dans la pratique de l'obstétrique.

CONCLUSION

La réduction du nombre de RPM repose d'une part sur l'amélioration de la vie et de l'hygiène de la population et d'autre part sur la qualité des soins

offerts, depuis la période intergénésique, jusqu'à la période post-natale. Pour cela, l'essentiel consiste dans le dépistage, le traitement et la prévention des infections urogénitales [7,8].

REFERENCES

- 1- **Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'Obstétrique, 5 éd. Paris : Masson, 1979 : 280-283.
- 2- **OMS - Nouvelles :** Femmes à haut risque pendant la grossesse. *Maternité Sans Risques* 1995 ; **17** : 3.
- 3- **Papiernik E, Bouyer J, Gueguen S.** Principaux facteurs de risques. In : La Prématurité. Paris : INSERM, 1987: 17-24.
- 4- **Cisse CT, Martin SL, Ngoma SJ, Mendez V, Diadiou F.** Mortalité néonatale précoce au CHU de Dakar : situation actuelle et tendances évolutives entre 1987 et 1994. *Med Afr Noire*, 1996 **43** : 254-258.
- 5- **Coste JP, De Meens JB, Bascou V, Magnin G.** La rupture prématurée des membranes. Etude prospective de 218 observations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1994; **2** : 193-201.
- 6- **Charasson T, Pessonier A, Lenoir S, Ayoubi J, Fournie A.** Prise en charge obstétricale des grossesses triples. A propos d'une série de 45 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996; **25** : 737-745.
- 7- **OMS - Dossier Mère-Enfant.** Un guide OMS pour sauver la vie de millions de femmes et d'enfants. *Maternité Sans Risques* 1994; **15** : 4-7.
- 8- **Anonymous.** Conduite thérapeutique dans les menaces d'accouchements prématurés. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1982; **11** : 136-161.