



Ministère de l'Enseignement Supérieur et  
de la Recherche Scientifique



**Un Peuple – Un But – Une Foi**



## **FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE**

N°.....

### **TITRE**

Année universitaire 2011-2012 012

# **Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou**

## **Etude cas- témoins**

### **THÈSE**

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

*Par Monsieur Amadou Bolidouma Mallé*

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine (Diplôme d'Etat)

### **JURY**

**Président : Pr Salif Diakité**

**Membre: Dr Augustin Théra**

**Directrice de Thèse : Pr SY Aïssata SOW**

**Co-directeur: Dr Chaka Kokaina**

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES**

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

Louange à **ALLAH** qui a créé la terre et les cieux ainsi que ceux qui s'y trouvent. C'est lui le détenteur du savoir et il le donne à qui il veut. C'est par sa grâce que nous avons pu réaliser ce travail.

### **A MON PAPA**

Que te dire papa sinon merci, merci pour ton amour, ton soutien, ta présence indéniable à mes cotés .Ce travail est ton œuvre et que le seigneur t'accorde paix, santé et surtout longévité.

Que Dieu le tout puissant te garde près de nous !

### **A MA MAMAN**

Ce travail est la réalisation d'un rêve qui est autant le mien que le tien .Ton amour de maman, ta présence et tes prières ne m'ont jamais fait défaut depuis que je t'ai quittée pour les études de médecine.

Que Dieu le tout puissant te garde près de nous !

Je t'aime maman.

### **A MA GRAND MERE MATERNELLE :**

Tes prières ne m'ont jamais fait défaut .Ton passage dans ma vie fut très court mais assez long pour que je m'imprègne de tes grandes qualités de cœur .Je te dédie ce travail

Que la terre te soit légère.

### **A MES ONCLES MATERNELS**

Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens.

Recevez à travers ce travail tout mon amour et toute ma reconnaissance pour votre présence inconditionnelle à mes cotés durant ces sept années

**A MES FRERES: KOUSSENI MALLE, NOUMOU MALLE, DRISSA MALLE, SEYDOU MALLE,** Soyez rassurés de mon amour et comptez sur mon soutien et mes conseils. Sachez que votre soutien moral,

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

physique et financier ne m'ont jamais fait défaut. Je souhaite que ce travail ne soit pour vous qu'un repère et que vous fassiez mieux.

### **A MA FIANCE FANTA SOGOBA**

Ton amour pour moi est comme un océan, grâce à ton soutien moral et matériel m'ont permis d'avoir la foi et l'esprit sage dans l'élaboration de ce travail. Prends ce travail comme le tien.

Que Dieu bénisse notre union.

### **A SOULEMANE DEMBELE**

Plus qu'un ami tu es devenu un frère pour moi.

Tes prières, tes conseils m'ont chaque jour accompagné.

Combien de fois as-tu essuyé mes larmes ! Merci et que le Seigneur te comble de ses grâces

### **A DJENEBA TRAORE dite BATOMA**

Bien qu'étant ma captive tes conseils et ton réconfort m'ont soutenu tout au long de ces sept années, je te dis merci Batoma et que la grâce de Dieu soit sur toi

### **A LA FAMILLE COULIBALY DE DRAVELA,**

Famille de rêve, les mots me manquent pour vous dire combien ce travail est le vôtre. Vous avez cultivé en moi le sens de l'hospitalité, la vie sociale et l'amour des autres. Encore merci.

### **REMERCIEMENTS :**

C'est le moment de remercier :

**Dr Kokaïna. C ; Dr Traoré B; Dr Dimitri ; Dr Donigolo. I;  
Dr Mounkoro. M.**

Vos qualités humaines font que vous resterez toujours des hommes exemplaires. Tout en vous souhaitant une très bonne carrière académique, trouvez ici l'expression de mes sentiments distingués.

**Tous les aînés et médecins** du service de gynécologie obstétrique : Mes félicitations pour l'ambiance cordiale et la qualité de la formation reçue.

**Toutes les sages-femmes et Infirmières** : C'est le lieu de vous manifester toute ma sympathie et ma profonde gratitude.

Tout le personnel du bloc opératoire de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Mes collègues du service : **Boubacar Diallo Abdramane Diarisso ; Oumar Traoré ; Mme Diamouténé Adam Maiga ; Drissa Traoré Sylvain Guindo ; Adama Coulibaly ; Jean Kamaté.** Ce travail est le fruit de l'entente qui a régnée entre nous au sein du service. Soyez en félicités.

Aux membres promotionnels de la faculté : **Abdramane Haidara; Daouda Sanogo, Nana Konaté, Seydou Traoré**

Toujours plus haut-Toujours plus fort-Toujours plus loin-Vive la résistance.

Ce travail est tout à fait à votre honneur.

**A LA FAMILLE KEITA DE SEKOUBOUGOUNI**

Merci pour votre hospitalité légendaire

# Je dédie ce travail

A toutes les mères singulièrement, à celles qui ont perdu la vie en donnant la vie

Aux orphelins dont les mères ont succombé en donnant la naissance

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et Directrice de thèse**

**Professeur SY Aïssata SOW**

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

- ✓ **Ancien Chef d'unité de gynécologie du centre de santé de référence de la commune II.**
- ✓ **Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.**
- ✓ **Chevalier de l'ordre national de la santé**
- ✓ **Présidente de la SOMAGO**

**Cher maître,**

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de diriger cette thèse.

Votre travail tant dans l'enseignement que dans la pratique hospitalière a contribué à la promotion de la gynéco-obstétrique au Mali.

Convaincu que vous êtes un modèle d'intellectuel et de cadre pour notre pays.

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

**A notre maître et président du jury**

**Professeur Salif DIAKITE**

✓ **Professeur titulaire honoraire de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de Médecine de pharmacie et d'odonto-Stomatologie,**  
**Cher maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre compétence, et la qualité de votre enseignement, font de vous un maître de référence.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Merci cher maître pour vos précieux conseils qui ne cessent de nous guider.

Que le tout Puissant vous accorde, la santé et la longévité afin que nous continuions à profiter de vos sages conseils.

**A notre Maître et membre du jury**

**Dr Tioukani Augustin Théra**

✓ **Gynécologue Obstétricien**

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

- ✓ **Maître assistant de gynécologie à la FMPOS**
- ✓ **Ancien chef du service de la Gynécologue Obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou**

**Cher maître,**

Votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant du travail bien fait sont des qualités admirables, toute notre fierté d'être encadré, par vous

C'est l'occasion pour nous, cher maître, de vous exprimer notre profond attachement.

**A notre maître et Co-directeur de thèse**

**Docteur Chaka KOKAÏNA**

- ✓ **Spécialiste en Gynéco-Obstétrique**

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

- ✓ **Chef de service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.**
- ✓ **Médecin agréé du système des nations unies de la région de Ségou**
- ✓ **Chèr maitre**

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service.

Les mots nous manquent pour exprimer le sentiment qui nous anime après ces moments passés auprès de vous.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de simplicité.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

## **ABREVIATIONS ET SIGLES**

**BGR :** Bassin généralement rétréci

- BL :** Bassin limite
- C FIS :** Centre de Formation des Infirmiers de Ségou
- C FTSS :** Centre de formation des techniciens Socio Sanitaires
- CMDT :** Compagnie Malienne de Développement  
Textile
- COMATEX :** Compagnie Malienne de Textile
- CPN :** Consultation Prénatale
- CSC om :** Centre de Santé Communautaire
- CS Réf :** Centre de Santé de Référence
- DPF :** Disproportion foeto –pelvienne
- EFTSS :** Ecole de Formation des Techniciens socio  
Sanitaires
- FFI :** Faisant Fonction Interne
- HRP :** Hématome retro placentaire
- I I G :** Intervalle Inter génésique

**INPS :** Institut National de Prévoyance Sociale

**OMS :** Organisation Mondiale de la Santé

**PP :** placenta prævia

**SFA :** Souffrance Fœtale aigue

**SA :** Semaine d'aménorrhée

**IVG :** Interruption volontaire de grossesse

# SOMMAIRE

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>OBJECTIFS.....</b>	<b>3</b>
<b>GENERALITES .....</b>	<b>4</b>
<b>METHODOLOGIE .....</b>	<b>40</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>51</b>
<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....</b>	<b>65</b>
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>71</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXE.....</b>	

## **I – INTRODUCTION :**

La maternité sans risque est le déficit majeur de toute action visant à améliorer le pronostic maternel et fœtal. La survenue d'une grossesse et l'accouchement dans l'utérus cicatriciel n'a cessé de s'accroître dans le monde. Elle est passée de 1% en 1985 à 8,8% en 2000 selon la littérature [1].

Cette croissance s'accompagne des complications comme : les dystocies dynamiques, les hémorragies de la délivrance par la présence d'un placenta prævia ou accreta, la déhiscence et rupture utérine.

En Afrique et particulièrement au Mali, l'incidence élevée des utérus cicatriciels serait en rapport avec les mariages précoces (bassin immatures) et la fréquence élevée des fibromes chez la femme noire mais, aussi au progrès de gynéco-obstétrique et l'avènement de la gratuité et l'élargissement des indications de la césarienne [2].

La grossesse et l'accouchement des parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel, grand pourvoyeur des désunions utérines sont donc considérés à haut risque surtout dans les pays en voie de développement où les moyens de prise des décisions sont insuffisants (tocographie ; la radiopelvimétrie, indications des précédentes césariennes, le type d'incision utérine, les suites post opératoires sont les plus inconnus).

Une autre difficulté est l'appréciation de la qualité de la cicatrice (absence de critères cliniques satisfaisants permettant d'apprécier la valeur d'une cicatrice donc d'évaluer les risques de rupture lors d'une grossesse ou d'un accouchement ultérieur [1].

Si la fertilité n'est pas compromise, l'accouchement des parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel demeure un des thèmes les plus controversés de l'obstétrique moderne [2].

Dans notre service tant que les conditions obstétricales sont favorables (bassin normal, absence de souffrance fœtale, utérus uni cicatriciel, présentation du sommet) nous préconisons la voie naturelle tout en restant prudent. La césarienne systématique n'intervenant que si les conditions obstétricales sont défavorables (bassin viciés utérus multi cicatriciel, souffrance fœtale, présentation autre que le sommet).

Cependant malgré tout l'intérêt accordé à la santé maternelle et fœtale au Mali, et toute la littérature sur la pathologie obstétricale, les accouchements sur utérus cicatriciel n'ont fait l'objet d'aucune étude approfondie dans le service de gynéco –obstétrique à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

C'est pourquoi nous avons initié ce travail afin de faire le point sur l'accouchement des utérus cicatriciels et attirer ainsi l'attention des praticiens sur le sujet

**. Objectif général :**

Evaluer la surveillance de la grossesse et l'accouchement sur utérus cicatriciel dans le service de gynéco obstétrique à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

**.Objectifs spécifiques :**

.Déterminer la fréquence des accouchements sur utérus cicatriciel dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

.Déterminer les caractéristiques socio démographiques des parturientes

.Identifier les facteurs de risque

.Présenter notre conduite à tenir devant un utérus cicatriciel

.Déterminer le pronostic foetal et maternel

### **III. GENERALITES :**

#### **A) ANATOMIE DE L'UTERUS UTERUS GRAVIDE [2 ,5 ,6]**

Au cours de la grossesse l'utérus subit des modifications importantes portant sur sa morphologie, son volume, son poids, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques. C'est ainsi qu'on le verra changer tout au long de la grossesse.

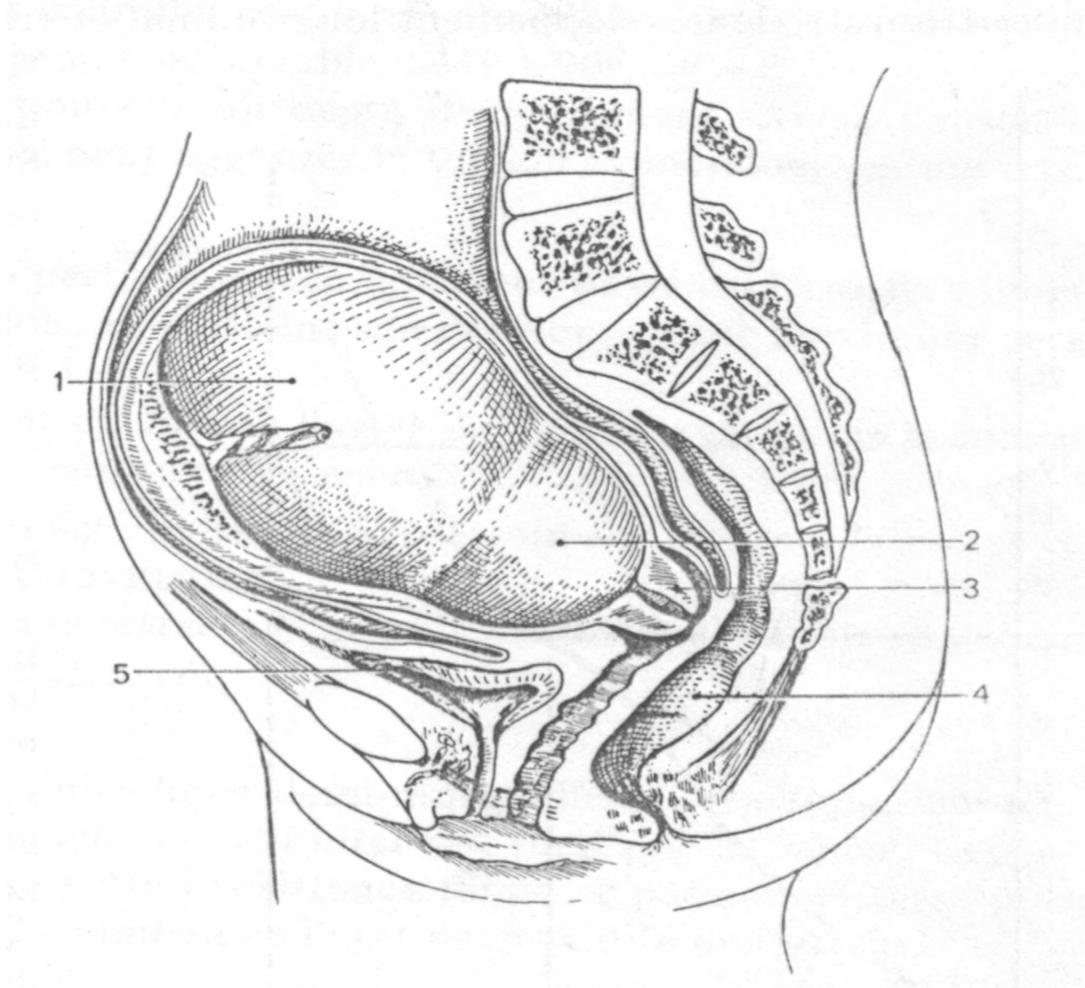


Figure 1 : [2 ,5,6]

Céphalique  
↑  
caudale →

Les trois segments de l'utérus gravide. 1. Corps 2. Segment inférieur 3.col 4 Rectum 5 Vessie

L'isthme qui devient le segment inférieur au troisième trimestre de la grossesse

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

## 1) Le corps utérin :

### • Anatomie macroscopique :

Organe de gestation, le corps utérin présente les modifications les plus importantes. Sa richesse musculaire fait de lui l'organe moteur dont la force intervient pour faire progresser le mobile fœtal au cours de l'accouchement.

### • Situation :

Pendant les 2 premiers mois, l'utérus reste dans le petit bassin ; il est pelvien.

A la fin du 2<sup>ème</sup> mois son fond débord le bord supérieur du pubis.

A la fin du 3<sup>ème</sup> mois il est abdominal et nettement palpable mesurant 8 cm.

A partir de ce stade, chaque mois, le fond utérin s'éloignera du pubis d'environ 4 cm pour arriver à terme à environ 32 cm. Il est alors abdomino-thoracique.

### • Dimensions :

Avec une hauteur de 6 à 8 cm et une largeur de 4 à 5 cm en dehors de la grossesse, l'utérus se trouve à :

Hauteur (cm)		largeur (cm)
A la fin du 3 <sup>ème</sup> mois :	13	10
A la fin du 6 <sup>ème</sup> mois :	24	18
A terme :	32	22

### • Direction :

Au début de la grossesse, l'utérus conserve ou même accentue son antéversion. Puis, il s'élève dans l'abdomen, derrière la paroi abdominale antérieure. Les utérus rétro versés se redresseront spontanément pendant le 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> mois. A terme la direction de l'utérus dans le sens antéropostérieur, dépend de l'état de tonicité de la paroi abdominale. Quand la paroi est flasque, l'utérus est basculé en avant. Sur le plan frontal, le grand axe utérin s'incline en général du côté droit (76%) et plus rarement à gauche. L'utérus subit aussi un mouvement de rotation sur son axe vertical vers la droite (dextro-rotation de 10 à 90°) orientant sa face antérieure en avant et à droite.

**•Poids :**

L'utérus non gravide pèse environ 50g. A terme son poids varie de 900 à 1200g.

Le sang contenu dans l'utérus représente environ 10% du poids total.

**•Capacité :**

Non gravide, sa capacité est de 2 à 3 mm ; à terme elle de 4 à 5 litres.

**•Epaisseur :**

Au début la paroi utérine s'hypertrophie. Son épaisseur passe d'un cm en dehors de la grossesse à près de 2,5 cm à 3 mois. Elle atteint son développement maximum vers le 4<sup>ème</sup> mois et mesure 3 cm ; puis elle s'amincit progressivement du fait de l'arrêt de l'augmentation de la masse musculaire, alors que la cavité contenue à s'accroître. Vers le terme la paroi est épaisse de 8 à 10 mm au niveau du fond de 5 à 7 mm au niveau du corps.

En post partum l'utérus se rétracte et son épaisseur atteint 2 à 3 cm.

**•Consistance :**

De consistance ferme, l'utérus se ramollit pendant la grossesse.

**•Rapports :**

Au début de la grossesse : les rapports de l'utérus sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse. Ils sont encore pelviens.

**A terme :** l'utérus est abdominal.

**En avant :** sa face antérieure répond à la paroi abdominale. Il n'y a pas d'interposition d'épiploon ou d'anses grêles chez les parturientes en dehors d'opération ayant porté sur la cavité abdominale. Elle rentre en rapport dans ses parties inférieures avec la vessie lorsque celle-ci est pleine.

**En arrière :** l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale ; la veine cave inférieure et l'aorte.

Sur les flancs, les muscles psoas croisés par les uretères une partie des anses grêles.

**En haut :** le fond utérin soulève le colon transverse, refoulent l'estomac en arrière et peut rentrer en rapport avec les fosses cotes.

**A droite:** il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire.

Le bord droit est tourné vers l'arrière, il rentre en contact avec le cæcum et le colon ascendant,

Le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et en arrière au colon ascendant.

**•La Structure :**

Les trois tuniques de l'utérus se modifient au cours de la grossesse :

**•La séreuse:** s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle.

Elle adhère intimement à la musculuse' du corps, alors qu'elle se clive facilement du segment inférieur.

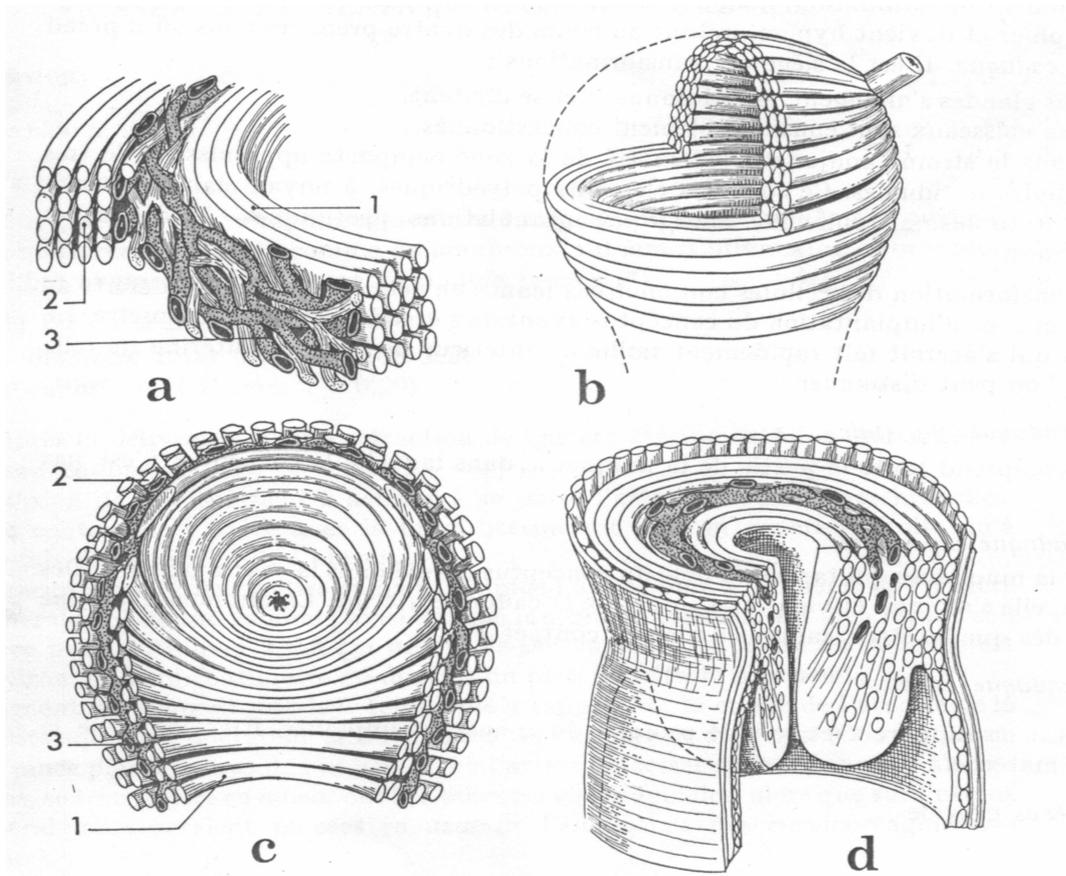
La ligne de démarcation entre ses deux régions est appelée ligne de solide attache du péritoine.

- **La musculuse** : est constituée de trois couches de fibres lisses qui ne peuvent être mise en évidence que sur l'utérus distendu.

Il existe deux assises de faisceaux circulaires superposés. Ces assises, externe et interne, forment la partie contractile de l'organe.

La couche plexiforme, en renfermant de nombreux faisceaux, se situe entre les faisceaux circulaires

- **La muqueuse**: dès son implantation elle se transforme en caduque.



**Figure2:Structure du myomètre [2,5,6]**

**a. Structure schématique du corps – b. Vue externe – c. vue interne – d. Col utérin – 1. Couche sous-muqueuse – 2. Couche supra-vasculaire – 3. Couche vasculaire intermédiaire et faisceaux d'association**

**2) Le segment inférieur :**

C'est la partie basse, amincie de l'utérus gravide, située entre le corps et le col. Il acquiert son plein développement dans les trois derniers mois. Il est créé par la grossesse et disparaît avec elle : c'est donc « une entité anatomique et physiologique qu'acquiert l'utérus gravide au cours de la gestation ». 2.1- La forme : elle est celle d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col se situe sur la convexité, mais assez en arrière, de sorte que sa paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure caractère important car c'est sur la paroi antérieure que porte l'incision de la césarienne segmentaire.

- **La Situation:** le segment inférieur occupe au dessus du col, le tiers inférieur de l'utérus.
- **Les Caractères:** sa minceur est le caractère essentiel. De 2-4 mm d'épaisseur, le segment inférieur coiffe intimement la présentation. C'est le cas de la présentation du sommet. Cette minceur traduisant l'excellence de la formation du segment inférieur, est la marque de l'eutocie. La bonne

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

ampliation du segment inférieur, apprécie cliniquement est dont un élément favorable de pronostic de l'accouchement

Les vaisseaux moins développés ont une direction générale transversale ; ceci explique que la césarienne segmentaire transversale est moins hémorragique que les césariennes segmentaires longitudinales.

- Les limites : la limite inférieure correspond à l'orifice interne du col. La limite supérieure se reconnaît par le changement d'épaisseur de la paroi qui augmente en devenant corporeale. Cet épaissement donne l'impression d'un anneau musculaire, surtout au moment de la contraction et plus encore après l'extraction du fœtus.
- Origine formation: le segment inférieur se développe au dépens de l'isthme utérin qui est une zone ramollie. Ce développement commence dès le début de la grossesse comme le prouve le signe de Hégar ; et la partie supra vaginale du col ; dont la confirmation se fait par la présence de cicatrice de césarienne segmentaire au niveau du col. Cependant, il n'acquiert son ampleur qu'après le sixième mois, plutôt et plus complètement chez la primipare que chez la multipare. Pendant le travail, le col effacé et dilaté se confond avec le segment inférieur pour constituer le canal cervico segmentaire.
- Rapport

**En avant:** le segment inférieur est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décollement, lorsqu'il adhère au corps. Cette disposition permet de réaliser une bonne protection péritonéale la cicatrice utérine dans césarienne segmentaire. Le péritoine après avoir formé le cul-de sac de Douglas vésico-utérin, tapisse la face postéro supérieure de la vessie, puis devient pariétal, doublant la paroi abdominale antérieure. La vessie, même vide, est toujours au dessus du pubis, rapport à connaître lors de l'incision du péritoine pariétal au dessus du cul de sac péritonéal, elle est séparée du segment inférieur par du tissu conjonctif lâche qui permet de la décoller et de la refouler en bas. La vessie s'ascensionne généralement en fin de gestation. Par ailleurs, les adhérences entre

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

la vessie est suture de césarienne favorisent l'ascension de plus en plus haut de la vessie, d'où la prudence à l'ouverture de la paroi lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu'il existe un utérus cicatriciel

**Latéralement** : La gaine hypogastrique contient les vaisseaux utérins croisés par l'uretère.

**En arrière** : Le profond cul de sac de Douglas sépare le segment inférieur du rectum et du promontoire



Céphalique  
↑  
→

**Caudale**

**Figure 3 : Segment inférieur (coupe sagittale) [2,5,6].**

1. Péritoine pré segmentaire 2. Segment inférieur 3. Tissus cellulaires  
4. Fascia pré-segmentaire 5. Cul-de-sac vésico-segmentaire – 6. Cul-de-sac recto utérin 7. Bouchon muqueux

**1•Structure** : le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques. Il s'identifie véritablement par sa texture amincie.

Aussi une césarienne segmento corporéale montre telle l'évidence des variations d'épaisseurs. Histologiquement, le segment inférieur n'a pas de couche plexiforme du myomètre. Or, cette couche est la plus résistante. En somme, la forme, la structure et le peu de vascularisation font du segment inférieur une zone de prédilection pour l'incision au cours de la césarienne segmentaire. En plus, c'est le siège préférentiel des ruptures utérines.

**2•Physiopathologie :** l'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue clinique, physiologique et pathologique.

Physiologiquement, c'est un organe passif se laissant distendre. Situé comme un amortisseur entre le corps et le col, il conditionne les effets contractiles du corps sur le col. Il s'adapte à la présentation qu'il épouse exactement dans l'eutocie en s'amincissant de plus en plus. Il reste au contraire flasque, épais, distend dans la dystocie. Dans les bonnes conditions, il laisse aisément le passage au fœtus.

Au point de vue pathologique, il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique :

.c'est sur lui que s'insère le placenta prævia ;

.c'est lui qui est intéressé dans presque toutes les ruptures utérines.

### •Les Rapports du segment inférieur

**.en bas :** la limite inférieure correspond à l'orifice interne du col ;

**.en haut :** extérieurement le segment inférieur est limité par la zone de transition entre le péritoine adhérent et le péritoine clivable ;

**.La face antérieure :** elle est recouverte par le péritoine viscéral, solide, peu adhérent et facilement décollable. Ceci permet de bien protéger la cicatrice utérine après une césarienne segmentaire.

**La face antérieure** répond à la vessie dont elle est séparée par le cul- de- sac vesico- utérin. Séparée du segment inférieur par du tissu conjonctif lâche, la vessie peut être facilement décollée être foulée vers le bas. Il y a une ascension de la vessie en fin de gestation lorsque la présentation est engagée. Ainsi, elle a tendance à devenir sus-pubienne. Elle peut masquer le segment inférieur suivant son degré de réplétion. Cette ascension est aussi favorisée par les adhérences entre la vessie et la suture de césarienne. Ce rapport particulier de la vessie et du segment inférieur explique en grande partie les atteintes vésicales au cours de la rupture utérine.

**La Face postérieure** : par l'intermédiaire du cul de sac de Douglas, devenu plus profond, le segment inférieur répond au rectum et au promontoire.

**Les Faces latérales** : elles sont en rapport avec les bases du ligament large, dont les feuillets, antérieur et postérieur s'écartent fortement.

Dans ce paramètre se trouvent les repères chirurgicaux importants : l'artère utérine et l'uretère pelvien.

Le dextro-rotation utérine rend plus intime au segment inférieur les rapports latéraux droits, exposant ainsi en avant le pédicule utérin gauche distendu.

Cette situation explique la fréquence des lésions du pédicule utérin gauche au cours de la rupture utérine.

**3) Les ligaments utérins** : Ils s'hypertrophient au cours de la grossesse.

Les ligaments ronds ne commencent qu'à s'hypertrophier que vers le 4<sup>ème</sup> mois quand l'utérus s'élève dans l'abdomen. Il s'allonge jusqu'à 4 fois leur longueur, s'épaississent 3 à 4 fois et leur résistance à la traction s'accroît ; elle peut atteindre 40kg (LANGREDER).

Les ligaments utéro-sacrés ascensionnent. Les 3 feuillets pariétaux des ligaments larges s'étalent au fur et à mesure que l'utérus augmente de volume

**4) Le col de l'utérus**: Le col est peu modifié pendant la grossesse contrairement au corps.

**•Forme et volume** : ne change pratiquement pas.

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

- **Situation et direction** : elle ne change qu'à la fin de la grossesse lorsque la présentation s'accommode ou s'engage. Reporté souvent en bas et en arrière, c'est vers le sacrum que le doigt le repère au cours du toucher vaginal.
- **La Consistance** : devient plus molle près du terme.
- **Les orifices internes et externes du col** restent fermés jusqu'au début du travail chez la primipare. Chez la multipare, l'orifice externe est souvent entrouvert. L'orifice interne peut être lui aussi perméable au doigt dans le dernier mois. Il peut être franchement dilaté mais le col conserve sa longueur et ne s'efface pas avant le travail. Ils ne sont que la suite naturelle de l'ampliation et de la formation du segment inférieur

## **B) VASCULARISATION DE L'UTERUS GRAVIDE:**

**a) L'artère utérine** : Elle est assurée essentiellement par l'artère utérine .Elle naît de l' artère iliaque interne ,se dirige verticalement puis en dedans et en haut traversant les régions rétro –ligamentaire puis intra – ligamentaire .Dans ces deux premières régions , elle est accompagnée de l'uretère qu'elle surcroise avant de se couder .Elle donne de nombreuses branches collatérales cervicales ,corpo réales vaginales et aux organes voisins avant de se terminer au niveau de l'embouchure de la homolatérale .

**\*Artères ovariennes** : Elle a en général ,un rôle peu important dans l'irrigation de l'utérus L'artère ovarienne naît de l'aorte abdominale au niveau de L4 Elle est accompagnée par la veine ovarienne , par des lymphatiques et par un plexus nerveux et elle croise en bas et latéralement l'uretère au niveau de L4 ou L5 et les vaisseaux iliaques externes Elle se termine à l'extrémité supéro latérale de l'ovaire en donnant des rameaux ovariennes et le rameau tubaire latérale, anastomoses de façon variable avec les rameaux homologues de l'artère utérine:

**\*Artère du ligament rond** : Née de l'artère épigastrique inférieure au niveau de sa croise Elle se divise en 2 rameaux l'un vers la grande lèvre et l'autre vers la corne utérine où il s'anastomose avec un rameau de l'artère utérine

**b) Les veines:** Elles sont considérablement développées et forment les gros troncs veineux latéro-utérins. Ceux-ci collectent les branches corporeale réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche plexiforme. Après la délivrance, les branches corporeale sont soumises à la rétractilité des anneaux musculaires.

**c) Les lymphatiques:** Nombreux et hypertrophiés, ils forment trois réseaux communiquant largement entre eux. Ce sont les réseaux muqueux, musculaires, et sous séreux.

**d) Innervation:** Deux systèmes sont en jeu.

•**Le système intrinsèque :** C'est un appareil nerveux autonome. Il s'occupe surtout du col et du segment inférieur et donne ainsi à l'utérus une autonomie fonctionnelle relative.

•**Le système extrinsèque:** Il est formé par les plexus hypogastriques inférieurs qui sont plaqués sur la face latérale des viscères pelviens, utérus et vagin mais aussi rectum et vessie. Ces plexus proviennent des racines lombaires (sympathique ou nerfs splanchnique) et des racines sacrées de nature parasymphatique.

### **C) PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS GRAVIDIQUE :**

L'utérus se contracte d'un bout à l'autre de la grossesse. Au début les contractions utérines sont espacées, peu intenses et indolores. En fin de grossesse ou au cours du travail elles se rapprochent, deviennent plus violentes et douloureuses. Les contractions utérines résultent d'un raccourcissement des chaînes de protéines contractiles ou actomyosines, grâce à l'énergie libérée par l'adénosine triphosphate en présence d'ions. Les contractions utérines peuvent naître de n'importe quel point du muscle utérin. L'activité utérine a un double but : la dilation du col et l'accommodation fœto pelvienne.

**1- La dilatation du col :** C'est le temps le plus long de l'accouchement, il comprend plusieurs étapes :

.Phase préliminaire ou phase de formation du segment inférieur :

Elle a lieu dans les dernières semaines de la gestation sous l'effet des pressions exercées par les contractions utérines et du tonus permanent de l'utérus. Cette phase se fait au dépend de l'isthme de musclé, élastique, aminci qui s'individualise nettement du reste de l'utérus. Le segment inférieur formé se moule alors sur la présentation immobile : c'est l'adaptation fœto segmentaire.

.Phase concomitante se caractérise par :

le décollement du pôle inférieur de l'œuf et la formation de la poche des eaux.

.Phase de réalisation : C'est celle de la dilatation proprement dite.

L'effacement et la dilatation du col nécessitent un certain nombre de condition qui sont : la présence de bonnes contractions utérines, un segment inférieur bien formé qui transmet les forces à un col « prépare », une présentation adéquate qui plonge dans un bassin normal et enfin une bonne accommodation fœtus pelvienne.

**2- L'accommodation:** Elle comprend

- **l'engagement** : c'est le franchissement par la présentation de l'aire du détroit supérieur ;
- **la rotation et la descente intra- pelvienne** ;
- **le dégagement** : les contractions des muscles abdominaux et le réflexe de poussée sont indispensables pour que l'expulsion de l'œuf soit lieu. Ils sont associés aux contractions utérines. Ces contractions utérines sont essentielles et indispensables pour la bonne marche des phénomènes préparatoires de l'accouchement et à l'accouchement lui-même. Elles constituent la force motrice de l'utérus gravide et assurent l'hémostase après délivrance.

## **D) LA CICATRICE UTERINE**

### **1) ETAT DE LA CICATRICE**

La cicatrice utérine, du fait de sa nature fibreuse prédominante, est la zone de fragilisation élective de l'utérus. La cicatrisation est un phénomène évolutif de recolonisation conjonctive s'étalant sur une période d'au moins un an. Elle se traduit au niveau de l'ancienne incision utérine par une prolifération conjonctive irrégulière et non exclusive puisqu'on y retrouve des fibres musculaires de petites dimensions et de mauvaises qualité. Ces fibres musculaires réalisent macroscopiquement des faisceaux musculaires lisses dissociés et fragmentés. Ces phénomènes admirablement étudiés par Ruiz Velasco permettent d'expliquer, au niveau de la cicatrice utérine, la perte des qualités d'extensibilité et de contractilité propres aux fibres musculaires intactes, entravant plus ou moins la transmission au col de l'activité utérine. La qualité d'une cicatrice est proportionnelle à la quantité des fibres musculaires utérines et inversement proportionnelle à la quantité du tissu fibreux, à l'importance de la hyalinisation et la rareté des éléments vasculaires. Tout le problème pour l'équipe obstétricale va être de savoir quelle est la capacité de cette cicatrice à résister aux contraintes mécaniques rencontrées lors d'un accouchement. L'appréciation de la solidité d'une cicatrice utérine repose donc sur des signes indirects qu'il faut savoir rechercher avant et pendant la grossesse.

**2) Etiologies:** La cicatrice peut être la conséquence d'une intervention chirurgicale, d'un accident au cours du travail d'accouchement ou d'un traumatisme.

**a) Interventions Obstétricales :**

**•Césarienne :**

C'est la plus fréquente des causes d'utérus cicatriciel. Elle peut être segmentaire ou corporéale ou encore segmento corpo réelle. Elle consiste à ouvrir chirurgicalement l'utérus dans le but d'y extraire le produit de conception.

La césarienne corporéale est une incision ouverture sagittale verticale du corps utérin. Elle contre-indique le travail en raison du risque élevé de rupture utérine. On y classe dans la même catégorie les incisions segmento corporéale ainsi que la mini césarienne pour l'avortement thérapeutique du deuxième trimestre qui, elle aussi, est corporéale.

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

La césarienne segmentaire est pratiquement toujours transversale mais elle peut être parfois verticale avec un risque que l'incision se prolonge vers le haut la transformant segmento corporeale. Toutefois l'incision transversale doit être suffisamment large et arciforme à concavité supérieure pour éviter de voir << filer>> l'incision latéralement avec le risque d'une atteinte du pédicule vasculaire utérin qui pose alors parfois de délicats problèmes d'hémostase.

Toutefois dans l'hystérotomie, la qualité de la cicatrice tient pour beaucoup à la bonne exécution de la suture. En raison de la disposition lamellaire des plans du segment inférieur, surtout dans l'incision transversale, on doit prendre le soin de charger avec l'aiguille de chaque côté, la totalité de l'épaisseur des tranches. Un opérateur insuffisamment entraîné peut fort ne saisir qu'une des lames et il est probable qu'une partie des désunions futures tiennent de cette faute technique aisément évitable.

**•Curetage :**

Les perforations utérines lors de curetages pour avortement spontané, interruption médicale de la grossesse (IMG), interruption volontaire de la grossesse (IVG) posent un problème de définition. Mais le fait qu'elles aient été retrouvées parmi les étiologies de ruptures utérines recommande une vigilance toute particulière à observer lors d'un accouchement par voie basse sur utérus fragilisé.

**b) Les interventions Gynécologiques :**

Survenant en dehors de tout contexte gravidique, ces cicatrices semblent plus solides et ne partagent pas le même pronostic que les cicatrices obstétricales.

**•Myomectomie :**

Pour beaucoup la non ouverture de cavité est un critère de solidité. A l'inverse d'autres pensent que l'ouverture de la cavité lors d'une importante myomectomie interstitielle ou sous muqueuse permet d'assurer un meilleur drainage de la loge de myomectomie qui aura, par ailleurs été méticuleusement capitonné par des points éversants dont les chefs auront été laissés libres dans la cavité utérine, s'interposant ainsi entre les deux parois utérines.

La seule notion de myomectomie est insuffisante et on se doit de vérifier sur le compte-rendu opératoire : le siège, la taille, le nombre de myome, ainsi le nombre de cicatrice nécessaire à leur extirpation. Enfin on tiendra compte de la complexité de l'hystéro plastie secondaire qui a été nécessaire.

•**Hystéro plastie :**

. **Intervention de Strassman (1907)** : Indiquée dans les malformations utérines de type utérus bicornes notamment celles uni cervicaux ; d'abord vaginale puis reproduite par voie vaginale, elle consiste en une incision en <<V>> des faces médiales des deux cornes utérines dans le plan frontal suivi d'une suture dans le plan sagittal des deux demi faces postérieures et des deux demi faces antérieures. En pratique, la prise en charge obstétricale associée à un cerclage du col utérin en cas d'antécédent d'accident suffisent le plus souvent à obtenir la naissance vivante désirée.

. **Intervention de Bret-Palmer (France 1959)** encore appelée intervention de Tompkins (USA 1962) : Il s'agit d'une technique abdominale très ingénieuse de section de la cloison sans résection du myomètre ni même résection de l'étoffe de la cloison .Le principe de cette opération maintenant périmée dans les pays développés ,mérite un rappel :Incision sagittale, médiale de l'utérus jusqu'au bout inférieur de la cloison ; les deux uni cloisons ainsi formés sans sectionner de bas en haut à mi-distance des faces antérieure et postérieure sous le contrôle de la vue ; l'utérus est refermé en deux plans dans le sens de son incision.

Les résultats excellents de cette opération, tant sur le taux de grossesse que sur la qualité de la cavité utérine et du myomètre, ont transformé le pronostic de l'affection. La nécessité d'une laparotomie confrontée à l'existence d'un taux de naissances vivantes sans traitement ou sous couverture d'un simple cerclage de l'ordre de 50%, faisait cependant reculer l'indication opératoire après la survenue de 2 à 3 avortements caractéristiques.

Ces méthodes ne contre indiquent pas la voie la voie basse ,et actuellement dans les centres bien équipés ,la chirurgie per hysteroscopique tend à réduire considérablement leur fréquence assurant ainsi une parfaite intégrité du myomètre

#### .Réimplantations tubaires et salpingectomies

Sont très souvent causes de rupture utérine précoce survenant la plupart du temps pendant le 2ème trimestre de la grossesse et sa traduction clinique est souvent bruyante avec un tableau d'hémorragie

Interne .Il n'y a pas de moyen absolu de se prémunir de telles ruptures de la corne après Salpingectomie, que l'on ait ou pas conservé la portion interstitielle de trompe ; l'œuf pouvant s'implanter dans la paroi utérine en cas de résection ou dans le moignon interstitiel restant

#### **c) accidents au cours du travail : rupture utérine**

Elles sont soit spontanée soit provoquée.

.rupture spontanée : Ce sont en général le tribut des grandes multipares à cause de la fragilisation de leur paroi utérin . Elles surviennent aussi dans les dystocies mécaniques et dynamiques, les obstacles prævia, le travail prolongé, les disproportions fœto pelviennes et les présentations dystociques.

.ruptures provoquées: Elles sont iatrogènes et la conséquence d'un manque de vigilance ou de compétence. Il s'agit la plupart du temps de l'utilisation abusive d'ocytociques (syntocinon) et de prostaglandines (cytotec), de pratique de manœuvres obstétricales instrumentales et non instrumentales.

d) traumatismes: Il s'agit essentiellement de rupture par agents vulnérants, par accident de la circulation ou par la corne d'un animal.

## **E) Complications :**

### **1-La rupture utérine**

Correspond anatomiquement à une solution de continuité intéressant la totalité de la paroi utérine. On distingue des ruptures utérines complètes et de ruptures utérines incomplètes sous séreuse encore appelées déhiscences

#### **•Ruptures complètes**

Les ruptures complètes correspondent à une désunion des 2 berges de la cicatrice entraînant une déchirure des tuniques (muqueuse, musculuse, et séreuse) de la paroi utérine. Les membranes ovulaires sont également rompues et le fœtus est souvent expulsé dans la cavité abdominale. Dans les pays développés ces ruptures deviennent rares en raison d'une disparition progressive et souhaitable du nombre des césariennes corporéales mais ce type de rupture se voit toujours dans nos pays en voie de développement malgré la prédominance des césariennes segmentaires.

#### **•Ruptures incomplètes**

Dans les ruptures incomplètes le péritoine viscéral et les membranes ovulaires restant intacts le fœtus va continuer à séjourner dans l'utérus expliquant ainsi la différence de mortalité fœtale entraînée par ces deux types de ruptures. Cette déhiscence peut atteindre tout ou partie de la paroi utérine. Cette déhiscence est la réalisation quasi exclusive de césariennes segmentaires. Actuellement dans les pays développés le nombre de rupture asymptomatique est beaucoup plus fréquent, surtout pour les déhiscences qui sont pratiquement toujours une découverte soit opératoire lors de la césarienne soit au moment de la révision utérine. Les signes d'alarme classiques sont représentés par l'hémorragie, la douleur au niveau de la cicatrice et la souffrance fœtale aiguë, sont souvent absents mais toujours fréquents dans nos pays.

### **2) placenta prævia :**

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

Bien que la rupture soit la complication la plus doutée chez les patientes enceintes et porteuses d'un utérus cicatriciel, le risque d'une implantation anormale du placenta avec ces conséquences hémorragiques parfois désastreuses est ne pas méconnaître. Ces placentas prævia sont localisés le plus souvent sur la face antérieure de l'utérus. Un placenta prævia antérieur sur un utérus cicatriciel est une indication de la césarienne itérative systématique avant tout début de travail. Le risque d'un placenta accréta doit toujours entraîner l'équipe obstétricale à intervenir avec excellente voie d'abord veineuse, du sang compatible tenu à disposition, une numération globulaire satisfaisante avant l'intervention et nombre suffisant d'opérateurs, l'un pouvant être amené à comprimer l'aorte si nécessaire le temps d'assurer l'hémostase.

## **F) Diagnostic des différentes complications :**

### **1-rupture utérine sur utérus cicatriciel**

La rupture pendant la grossesse, volontiers, survient sur un utérus mal formé ou cicatriciel. La cicatrice est généralement corporéale. Les ruptures utérines des utérus porteurs de cicatrices se caractérisent par leur allure sournoise ; d'où l'intérêt d'une anamnèse minutieuse. La femme a quelques signes de choc et a l'examen les bruits du cœur fœtal ont disparus, l'utérus a changé de forme, parfois à côté de lui on perçoit le fœtus sous la paroi. Le choc hémorragique est dans la plupart des cas, rare. Il y aurait plutôt une hémorragie minime ; la cicatrice désunie étant une zone peu vascularisée. Les signes de péritonite sont très peu marqués voire absents. Ils sont remplacés par une irritation péritonéale à type de douleur abdominale avec iléus paralytique. Il peut s'associer à une anémie clinique plus ou moins marquée. La connaissance de l'opération antérieure permet de faire aisément le diagnostic. L'examen doit être complet et minutieux.

L'aspect clinique frustré doit faire insister sur la nécessité d'une révision utérine de prudence ou de moindre doute, et même d'une manière systématique après un accouchement le plus banale sur un utérus cicatriciel ou fragilisé.

### **2) RUPTURE UTERINE ET PLACENTA ACCRETA :**

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

La patiente présente un long passé de douleurs abdominales ayant évolué par poussées au cours de presque toute la grossesse. C'est une de ces crises qui va aboutir à la rupture, le plus souvent avant le début du travail. On peut retrouver une métrorragie. La palpation retrouve une contracture utérine, le diagnostic sera celui du décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Il ne faut pas hésiter à faire une laparotomie.

**Au total** : le diagnostic peut être très souvent facile mais parfois il est impossible à affirmer.

Il est très facile après une révision, après une manœuvre qui laborieuse au début, devient brusquement facile, lorsque tout les signes cliniques sont réunis : choc hémorragique, bruits du cœur fœtal négatif fœtus sous la peau.

Dans ce cas le diagnostic s'impose par son évidence.

Au contraire le diagnostic devient problématique en cas d'anesthésie, de désunion silencieuse et progressive, de déchirure du col propagée au segment inférieur ou de rupture incomplète ou extra muqueuse.

## **G) CONDUITE À TENIR LORS D'UN NOUVEL ACCOUCHEMENT**

La conduite de l'accouchement sur utérus cicatriciel s'appelle l'épreuve utérine. Elle s'expose au risque de désunion utérine avec ses conséquences fœtales (souffrance fœtale aigue, mort in utero) et maternelles (hémorragie, hystérectomie) grâce à une sélection correcte des patientes et à une surveillance rigoureuse de l'épreuve utérine, le taux de désunion utérine varie entre 0 et 1 % sans retentissement fœtale. On a d'abord à se demander si l'on peut laisser l'accouchement se dérouler par les voies naturelles, puis, lorsque l'accouchement par voie basse a été possible, quelles sont les règles à observer.

**D) CICATRICE DE CESARIENNE :** Toute césarienne corporéale antérieure est une indication de la césarienne itérative. Si la césarienne a été segmentaire, l'accouchement par les voies naturelles est souvent possible. La césarienne itérative prophylactique s'impose en cas de dystocie permanente, quand la femme a été déjà césarisée plusieurs fois ou en cas d'excès de volume utérin. La voie haute doit être envisagée quand la précédente césarienne a eu des suites compliquées d'infections. Alors même la que l'accouchement par la voie naturelle a été jugée possible, une césarienne peut encore être décidée au cours du travail pour anomalies contractiles avec arrêt de progression de la dilatation, défaut d'engagement, souffrance fœtale, ou en raison de l'apparition des signes pouvant faire redouter une rupture : endolorissement permanent, douleur provoquée dans la région sus-pubienne, perte de sang etc. Le déclenchement du travail est contre-indiqué chez la femme déjà césarisée dans certaines écoles.

### **1) LA CESARIENNE PROPHYLACTIQUE**

a) **Les indications:** Elles sont liées au bassin à la cicatrice utérine et à la grossesse en cours.

♣ **Les rétrécissements pelviens :** Les bassins chirurgicaux sont bien sur une indication de la césarienne itérative.

Dans les rétrécissements pelviens, l'indication n'est pas toujours aussi évidente, d'autant que chez la primipare l'indication est souvent mixte et modérée liée, certes au rétrécissement, mais à une présentation mal fléchie. Il faut donc revoir dans le compte rendu de l'accouchement, la présentation, les tracés, le partogramme et vérifier la réalité du rétrécissement par une pelvimétrie qui sera confrontée au bi pariétal de la grossesse en cours. Les rétrécissements pelviens modérés ne pas une indication de la césarienne prophylactique itérative, si la confrontation céphalo-pelvienne clinique, radiologique est favorable.

♣ **La cicatrice utérine**

Elle peut être à priori de mauvaise qualité et justifier d'une césarienne, qu'il s'agisse de cicatrice corporéale ou de cicatrice segmentaires avec trait de refend corporéale, cicatrice des mini césarienne pour interruption tardive de la grossesse ou perforation utérine d'IVG compliquées d'infection, de cicatrice utérine multiples (par exemple césarienne plus myomectomie ou myomectomie multiples), de cicatrice de césarienne sur un utérus mal formé, de patiente ayant eu une complication infectieuse pelvienne prouvée à l'issue de la césarienne antérieure, de cicatrice utérine dont on ignore l'indication, la technique de réalisation, les suites et surtout si elles ont été réalisées dans un pays où la densité médicale est faible.

### •Classification des utérus cicatriciels

Classification hystérosalpingographie selon Thoulon

Thoulon a proposé une classification en 4 groupes avec pour les deux derniers un risque accru de rupture utérine :

**Groupe 1** : cicatrice invisible radiologiquement

**Groupe 2** : déformation inférieure à 4 mm

**Groupe 3** : déformation profonde de 4 à 5 mm et d'aspect bénin (coin, encoche, baïonnette)

**Groupe 4** : déformation supérieure ou égale à 6 mm et d'aspect péjoratif (bouchon de champagne, pseudodiverticulaire, aspect de hernie ou de fistule)

Le nombre important d'images du groupe 3 et 4 (20%) ainsi que le manque de concordance retrouvée à posteriori entre les ruptures constatées et les images radiologiques font qu'il ne peut y avoir d'indication de césarienne prophylactique sur le seul argument d'une image radiologique pathologique, à l'exception, peut-être, des rares images de fistules étendues.

### -♣ Grossesse actuelle.

On décide d'une césarienne sur un utérus cicatricielle devant :

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

- une Sur distension utérine (macrosomie, grossesse gémellaire, hydramnios), une présentation autre que celle du sommet, un placenta prævia antérieur, une souffrance fœtale qui dans d'autres circonstances, serait une indication de déclenchement artificiel du travail

## **b) Particularités techniques de la césarienne :**

La morbidité maternelle n'est pas augmentée lors des césariennes itératives si elles sont réalisées par un opérateur entraîné. L'ascension du dôme vésical est fréquente et expose davantage la vessie à une blessure, il faut donc en tenir compte lors de l'ouverture du péritoine.

L'hystérotomie et sa suture ne posent pas de difficulté particulière même après trois césariennes. La question de stérilisation tubaire doit toujours être abordée avec la patiente et son conjoint lorsqu'on réalise une 2ème et surtout 3ème césarienne. L'état de la cicatrice, la découverte d'une pré rupture ou d'importante adhérence doit faire poser une indication médicale de stérilisation, mais bien entendu on sera plus à l'aise si on a le consentement écrit de la patiente. Il faut savoir discuter le dogme de la ligature à la troisième césarienne voire 4 ,5ème césarienne sont possibles si la femme le souhaite et si les conditions anatomiques sont bonnes. En aucun cas l'opérateur n'est autorisé à lier les trompes si la patiente lui a signifié son refus. La stérilisation tubaire même au cours d'une 3ème césarienne doit être envisagée avec beaucoup de réticence chez les patientes de moins de 30ans. Dans tous les cas il faut s'assurer que l'enfant qu'on vient d'extraire ne présente aucune tare majeure. En cas d'hésitation, on peut toujours pratiquer une stérilisation secondaire après discussion avec le couple.

## **2) L'épreuve utérine**

**a)les conditions de réalisation:** Les trois risques de l'épreuve utérine sont : la rupture utérine, la souffrance fœtale et l'échec. Le maître mot est la vigilance .L 'obligation de se donner tous les moyens de surveillance disponibles est une règle intangible.

•**Les cas favorables** : Ces risques sont réduits au minimum, si l'on prend soin de vérifier qu'il n'existe aucun facteur péjoratif indiquant une césarienne prophylactique.

**\*Les éléments du pronostic sont constitués par :**

•Une césarienne antérieure purement segmentaire avec des suites opératoires simples. L'hystérogographie faite en dehors de la grossesse, au moins 6 mois après l'accouchement, peuvent donner des renseignements sur la qualité de la cicatrice segmentaire. Le cliché de profil est le plus instructif. La voie basse est autorisée quand il n'existe aucune modification du contour antérieur de l'isthme. Elle est dangereuse quand ce contour est déformé par une large sacculon. Mais des images discrètes, encoches, spicules, ont une signification encore imprécise ; au moins en ce qui concerne la conduite à tenir.

•L'absence de malformation utérine

•L'absence de pathologie maternelle contre-indiquant la voie basse.

•Une confrontation fœto-pelvienne favorable

L'absence de sur-distension utérine notable (hydramnios, grossesses multiples).

•Une présentation du sommet et un placenta non inséré sur la cicatrice.

•L'absence de dystocie surajoutée.

•Un centre obstétrical avec une infrastructure adaptée avec une équipe obstétricale qualifiée et disponible.

L'accord de la patiente ; bien que cela consiste à informer plutôt qu'à prendre l'avis de la patiente.

•**Les cas limités**

La constatation d'un rétrécissement pelvien modéré est fréquente au cours de ce bilan. Elle ne doit pas être pour autant une contre indication de l'épreuve utérine tant que la confrontation céphalo-pelvienne sur le diagramme de Mangin se situe dans la zone d'eutocie, et qu'il n'existe de signes cliniques défavorables.

Cependant, il est nécessaire qu'en cas de rétrécissement pelvien celui-ci soit noté sur le dossier, et que les consignes soient données pour une épreuve utérine prudente en précisant son pronostic et sa durée (surtout si l'on se situe dans la zone d'incertitude du diagramme de confrontation céphalo-pelvienne). **\*Déclenchement et utérus cicatriciel**

Le déclenchement du travail lorsque les conditions locales sont, médiocres ou défavorables, c'est-à-dire les cas imposant une maturation cervicale par des prostaglandines, est formellement contre indiqué. Par contre, dans des cas très bien choisis (col effacé, dilaté à 2-3 cm, souple avec un bon palper introducteur), le déclenchement est tout à fait acceptable sous réserve que l'on rompe d'emblée les membranes et que l'on mette une tocographie interne.

La seule rupture des membranes permet d'ailleurs assez souvent d'obtenir une activité utérine et des doses de syntocinon ne dépassent pas dans ces conditions 10mU /min.

## **b) Les éléments de surveillance**

•**Les contractions utérines:** La dynamique utérine est surveillée par une tocométrie externe tant que les membranes ne sont pas rompues et ensuite, par une tocographie interne qui est la traduction exacte de l'activité utérine et se relève très utile en cas d'anomalie de la dilatation ou de modification de l'activité utérine (hyper ou hypocinésie).

La modification brutale de l'activité utérine doit immédiatement faire penser à une rupture utérine.

•**Le rythme cardiaque fœtal :** Il doit être surveillé de façon encore plus précise que dans l'accouchement car les premiers signes de la rupture utérine peuvent n'être qu'une modification du rythme fœtal cardiaque

### •Les signes cliniques de la rupture utérine :

Ils doivent être régulièrement recherchés. Ils sont inconstants mais peuvent survenir brutalement ou progressivement: la douleur au niveau de la cicatrice pendant la contraction et persistant en dehors d'elle, un saignement vaginal est inconstant, une hypocinésie avec stagnation de la dilatation alors que les contractions étaient régulières est un signe d'alarme, de même qu'une hypercinésie de fréquence ou une élévation du tonus de base.

La souffrance fœtale aigue, la tachycardie maternelle, l'état de choc avec hématurie réalisent des tableaux évidents tardifs.

Au total, c'est sur un ensemble de signes minimes que le pré rupture ou la rupture doivent être évoquées, leur association à une stagnation ou à un ralentissement de la dilation justifie la césarienne.

### Evolution du travail dans l'épreuve utérine

Elle est favorable le plus souvent car toute les disproportions fœto-pelviennes ont été exclues ; de ce fait le taux de césarienne au cours de l'épreuve utérine est diminuée. L'anomalie la plus fréquente au cours du travail est le ralentissement ou la stagnation de la dilatation. L'hypocinésie est la cause la plus habituelle. Son diagnostic et son traitement par les ocytocines nécessitent la tonographie interne. En absence de cette technologie, le diagnostic peut parfois passer inaperçu et la prescription d'ocytocine est interdite car dangereuse ; dans ces cas là on passe à la césarienne. La dystocie cervicale est diagnostiquée devant une stagnation de la dilatation avec une activité utérine correcte. Le col est rigide, des antispasmodiques doivent être administrés et leur effet jugé rapidement. En de stagnation ou de la dilatation pendant 2heures ou la dilatation inférieure à 1 cm par heure, il faut pratiquer une césarienne. L'existence d'une cicatrice utérine est une contre indication à l'analgésie péridurale qui peut masquer la douleur symptomatique d'une épreuve utérine, et qui est souvent à l'origine d'une hypocinésie transitoire. Cette contre indication n'est pas toujours respectée et ceux qui l'utilisent estiment qu'une analgésie péridurale bien conduite ne supprime pas les douleurs d'un pré rupture

### •L'expulsion

L'extraction instrumentale ne doit pas être systématique ; par contre après 20 min d'efforts expulsifs ; une application de forceps ou de ventouse s'impose.

L'expression abdominale est à bannir.

### •La révision utérine

Elle est systématique. Elle doit chercher une rupture ou une déhiscence de la cicatrice, deux formes anatomiques de désunions qui doivent être distinguées car leur traitement n'est pas le même

#### •La rupture de la cicatrice :

La rupture de toute l'épaisseur de la cicatrice et sa propagation éventuelle à la vessie, à la séreuse péritonéale ou aux pédicules utérins est plus grave et impose une laparotomie.

Le diagnostic est évident. Lors de la révision utérine, la brèche vésicale avec le doigt. Lors du sondage précède la laparotomie, les urines sont sanglantes, le doigt utérin sent le contact du ballonnet en avant.

Lors de l'intervention, la présence de sang dans le ventre signe la déchirure péritonéale. Après avoir decailloté, on repère les berges de la déchirure et détermine l'atteinte d'un ou des deux pellicules et l'état de la vessie.

L'hystérectomie conservant les ovaires s'impose si les lésions intéressent les deux pédicules utérins ou s'étendent au corps utérin. Le plus souvent, la suture de la brèche est possible après régularisation des bords de la brèche, même si un seul pédicule utérin est intact, l'autre étant bien sur lié. La suture est faite comme dans les césariennes. On vérifie la vessie qui sera éventuellement suturée avec du fil résorbable (catgut et vicryl). On discutera d'une ligature tubaire.

#### •La déhiscence de la cicatrice

Elle n'est pas toujours facile à différencier de son amincissement extrême. Le doigt cependant ne perçoit pas de brèche évidente. Si la déhiscence est étendue, s'il n'y a pas d'hématome au contact de la cicatrice et si les urines sont claires, l'abstention est possible, l'aspect de la cicatrice est apprécié 6 mois plus tard par une hystérogaphie. Les déhiscences étendues admettant largement 2 doigts doivent être suturées ce qui ne présente pas généralement pas de difficulté.

## **II) Les cicatrices utérines autres que la césarienne :**

### **1) La myomectomie**

La conduite à tenir dépend du type de myomectomie. Il est indispensable d'avoir le compte rendu opératoire avant de prendre une décision :

S'il s'agit d'un myome sous séreux pediculeux l'accouchement par voie basse ne pose pas de problème. La myomectomie unique ouvrant ou non la cavité utérine ne constitue pas une contre indication à l'épreuve utérine.

L'exérèse de plusieurs myomes sur un même utérus doit faire préférer une césarienne ; il serait souhaitable que l'opérateur lors de la myomectomie indique dans son compte rendu opératoire s'il pense ou non que la césarienne prophylactique s'impose.

### **2) L'hystéro plastie de Bret Palmer :**

Elle n'est pas une contre indication à l'épreuve utérine si les conditions obstétricales sont bonnes, mais la moindre anomalie dans les déroulements du travail impose la césarienne chez ces patientes qui n'ont habituellement pas d'enfant vivant.

### **3) Les cicatrices de Salpingectomie ou d'anastomose isthmo-interstitielle :**

Elles ne constituent pas une zone de fragilisation utérine pendant le travail et l'exceptionnelle rupture utérine qui leurs sont associées survient beaucoup plutôt au cours de la grossesse.

**4) La conisation:** Le col conisé peut réaliser parfois une zone de sclérose susceptible de céder brutalement en cours ou en fin de dilatation et d'entraîner une déchirure cervicale pouvant remonter vers les pédicules utérines, aussi est il prudent chez ces patientes de vérifier après l'accouchement, sous le contrôle de valve, intégrité du col.

#### **\*Classification échographique selon Rosenberg**

Rosenberg a réalisé 114 échographies du segment inférieur chez des patientes antérieurement césariées, et retrouve une valeur prédictive intéressante de cet examen à partir des coupes transversales. Il propose 3 groupes :

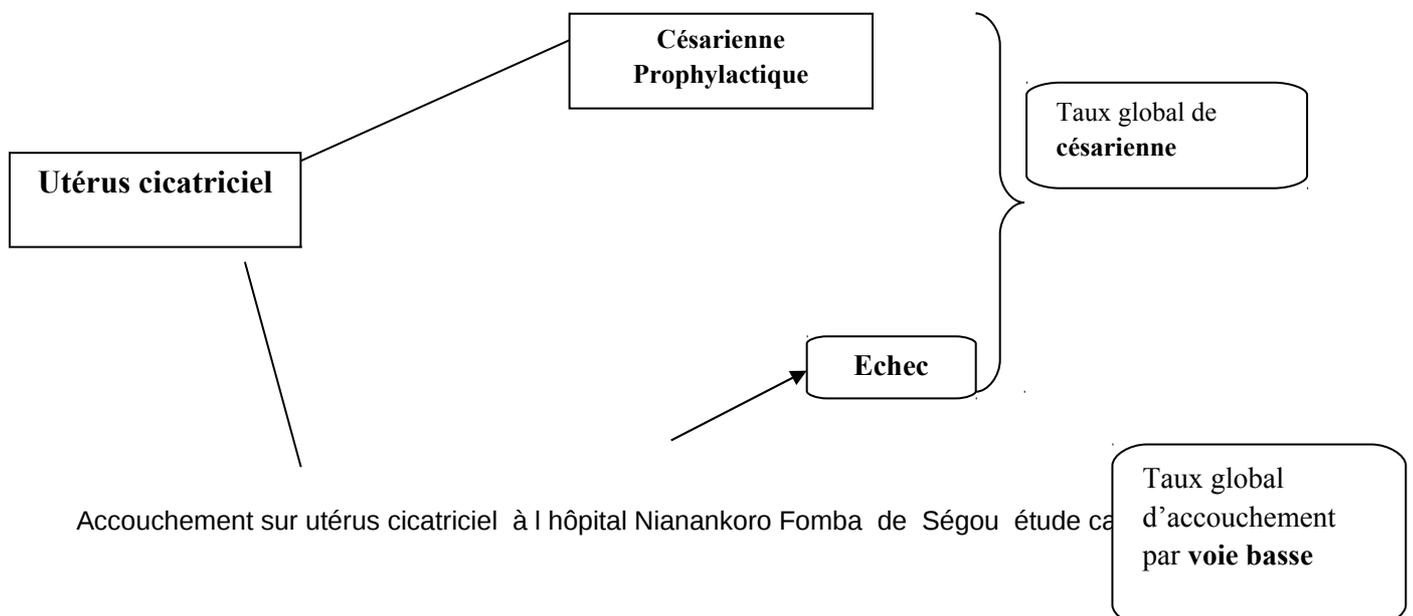
**Groupe 1 :** segment inférieur normal (supérieur à **3 mm** en épaisseur et sans solution de continuité)

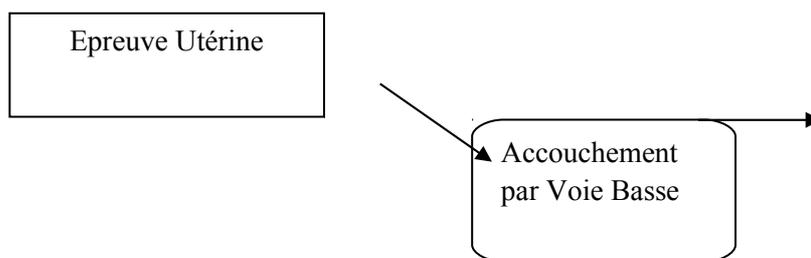
**Groupe 2 :** segment inférieur exclusivement inférieur à **3 mm**

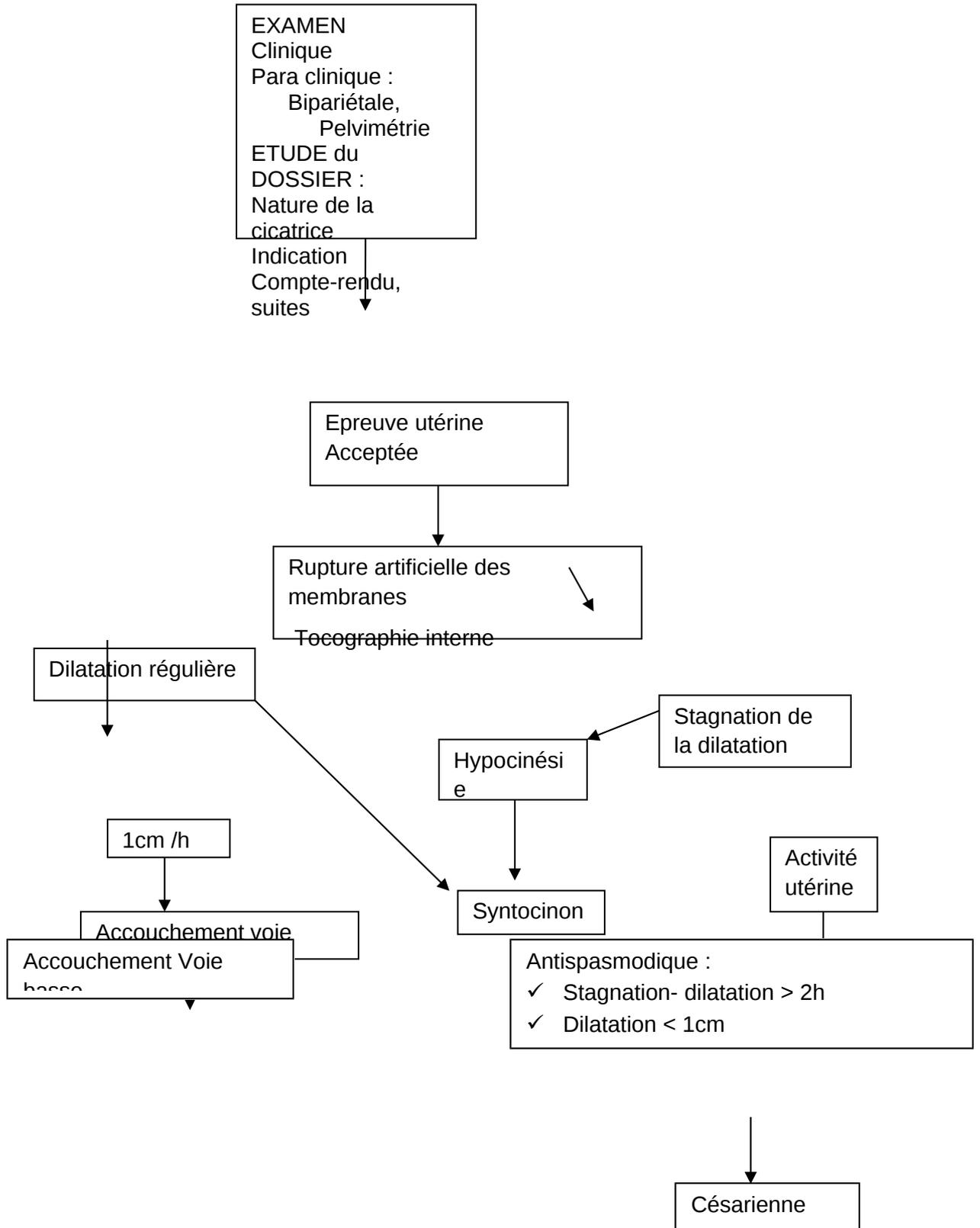
**Groupe 3 :** existence d'une solution de continuité du segment inférieur éventuellement associée à un amincissement de la paroi et/ou une anomalie de la courbure du segment inférieur.

L'interprétation des coupes sagittales est plus difficile et controversée.

#### **5) Mode d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel [25]**







[25]

#### **IV.METHODOLOGIE**

##### **1) Cadre d'étude :**

Ce travail s'est déroulé dans le service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

. Présentation géographique de la région de Ségou :

. La Région de Ségou, quatrième Région administrative du Mali, est située au centre du Mali entre 13ème et 16ème de l'altitude Nord et entre le 4ème et 7ème de longitude Ouest. La Région de Ségou couvre une superficie de 64. 821 km<sup>2</sup> soit 4% de la superficie du Mali. Elle est répartie entre 7 cercles (Ségou, Baraouli, Bla, Macina, Niono, San et Tominian) et décentralisée en 118 communes dont 3 urbaines et 115 rurales. Elle est limitée au Nord par la République de Mauritanie, à l'Est les Régions de Tombouctou et de Mopti, au Sud-est par la République du Burkina Faso, la Région de Sikasso au sud et par la Région de Koulikoro à l'ouest.

Deux zones climatiques distinctes caractérisent la région.

- Une zone Sahélienne au Nord où la pluviométrie atteint 250-600mm/an avec une steppe épineuse et une zone soudano Sahélienne au sud où la pluviométrie atteint 600-800mm/an avec une steppe arbustive composée de karité, Balanzan, baobab.

La Région de Ségou a un relief bien accidenté avec plateau et plaines alternés : les plaines de l'office du Niger sont caractéristiques de la Région et s'étendent sur plusieurs milliers d'hectares, les plaines de l'Opération riz, les plaines aménagées de San. Elle est traversée par le fleuve Niger avec un de ses principaux affluents: le Bani. Le barrage de Markala régularise le cours du Fleuve Niger et irrigue les terres de l'Office du Niger. Elle est pauvre en faune à cause de la sécheresse et les braconniers, mais très riche dans le domaine de l'élevage : les bovins, les caprins et les ovins.

- L'économie de la Région de Ségou est basée principalement sur l'agriculture qui occupe 80% des activités de la population. La production agricole est basée sur la production du riz de l'Office du Niger (ON), le riz de l'Office Riz (OR), il faut ajouter à cela d'autres céréales (mil, sorgho, maïs, haricot) et la compagnie malienne de développement de textile (CMDT) qui s'occupe du coton.

C'est une zone d'élevage par excellence (ovin, bovin, caprin) D'autres activités économiques comme la pêche, le commerce, l'artisanat sont aussi pratiqués.

- L'industrie y est peu développée. Le pouvoir d'achat de la population est en général très peu élevé.

Quelques grandes unités industrielles comme la COMATEX-SA, les usines de décortication du riz, les complexes sucriers de Dougabougou et de Siribala, les ateliers centraux de Markala contribuent fortement à l'essor économique de la Région.

La Région de Ségou, en 2005 comptait 2.009.482 habitants soit 30 habitants/km<sup>2</sup> avec 994.208 hommes et 1.008.263 femmes, cette population est à majorité jeunes (48% ont moins de 15 ans) et rurale.

La population active représente 58% de la population générale et elle est concentrée dans les cercles, traversés par le fleuve Niger et les canaux irrigués par celui-ci.

La Région de Ségou trouve son fondement historique dans le royaume bambara de Ségou créé par Mamary dit Biton Coulibaly au 16<sup>ème</sup> siècle.

Après la mort de Biton, le pouvoir passa entre les mains des Diarra dont le plus connu fut Dah Monzon Diarra, communément appelée <<Dah>>. La ville de Ségou portait en un moment donné son nom ''Dakagoun'' ou la terre de Dah. La rentrée de El hadji Oumar Tall à Ségou en 1861 mit fin au règne des bambaras et instaura l'Islam. Amadou Sékou le fils de El hadji Oumar, fut intronisé Roi.

La Pénétration coloniale française dirigée par Archinard mit fin au règne des TALL en 1893. Ainsi depuis cette date Ségou devient le chef lieu des cercles de l'administration coloniale et capitale de la Région de Ségou en 1961.

La Région de Ségou fut modifiée par la loi No77/44/CMLN du 12 juillet 1977 et modifiée par la loi No99-035 du 10 août 1999 pour devenir une collectivité décentralisée.

Les traditions font référence aux ethnies et se manifestent lors des cérémonies rituelles (Mariage, Baptêmes, Circoncision, Décès) et lors des grandes rencontres, les langues parlées sont propres aux ethnies (Bambara, Bozo, Somono, Minianka, Sarakolé, Peulh et Bobo), mais le bambara est la langue couramment utilisée dans les échanges et le commerce dans la Région. Les religions pratiquées sont : l'Islam, le Christianisme, et l'animisme.\_

La ville de Ségou est communément appelée la cité des Balanzan à cause de l'abondance de Balanzan sur le territoire de Ségou autrefois. Avec une population de 106.336 habitants, la commune urbaine de Ségou compte 18 quartiers.

Le village de Pélangana contiguë à la ville de Ségou a une population de 15534 habitants.

La commune de Ségou dispose de 11 formations sanitaires ;

2 formations sanitaires publiques :

L'hôpital Nianankoro Fomba, le centre de santé de référence Famory Doumbia;

3 centres de santé communautaires : Dar-salam, Médine, Ségou coura.

1 formation sanitaire para publique: le centre médical inter entreprise de L'INPS.

1 formation sanitaire du service de santé des armées : l'infirmerie du camp militaire ;

4 formations sanitaires privées ;

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

- le cabinet médical Yida KOUYATE, Cabinet médical MAHAWA Cabinet médical Berré Cissé, la clinique d'accouchement Maya BOLLI

A celle-ci s'ajoute quatre (4) écoles de formation de techniciens de santé :

CFTSS, CFIS, EFTSS et Vicenta Maria.

#### 1.2- Présentations de l'hôpital Nianankoro FOMBA :

Situé au centre de la ville au bord de la route nationale No6 reliant Bamako aux Régions du Nord. Cet hôpital a une capacité d'accueil de 165 lits.

Historique de l'Hôpital Nianankoro FOMBA :

Les premiers bâtiments de l'hôpital de Ségou ont été achevés vers le début de la Deuxième Guerre Mondiale. Il comprenait un dispensaire et une maternité.

D'autres bâtiments furent ajoutés en 1946 et 1947 actuelles hospitalisations chirurgie hommes, chirurgie femmes. De 1950 à 1959 d'autres constructions furent réalisées dont:

- le bâtiment d'hospitalisation, de services de radiologie, et d'ophtalmologie.

En 1962, l'établissement deviendra Hôpital secondaire ; en 1983 l'établissement fut baptisé Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou. Il sert de deuxième référence pour l'ensemble de la Région et de première référence pour les centres de santé de cercle de la commune de Ségou. Il comporte une cinquantaine de bâtiments repartis sur une superficie de 6 hectares, il est actuellement un établissement public hospitalier par la loi N°03-017 du 14 juillet 2003. Les structures de l'hôpital sont reparties en services :

- service Administratif,
- service de Médecine générale,
- service de Chirurgie générale,
- service de Traumatologie,
- service de Gynéco Obstétrique,

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

- service ORL,
- Cabinet Dentaire,
- service de Pédiatrie,
- service d’Ophtalmologie
- la Pharmacie,
- service de Radiologie,
- un laboratoire et un nouveau plateau technique construit en 2002 composé d’un service d’anesthésie réanimation, le bloc opératoire et un service de stérilisation.

L’hôpital a un effectif de 205 agents dont :

- 1 Directeur général ;
- 1 Directeur général adjoint ;
- 2 Inspecteurs de finance ;
- 2 comptables ;
- 17 médecins généralistes ;
- 11specialistes dont quatre gynécologues obstétriciens ;
- 17 Assistants médicaux ;
- 15 Techniciens supérieurs ;
- 1 Biologiste ;
- 1 Technicien sanitaire ;
- 21 Techniciens B1 ;
- 4 techniciens de labo ;
- 10 sages femmes ;

Accouchement sur utérus cicatriciel à l’hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

- 4 Infirmières obstétriciennes ;
- 3 secrétaires ;
- 3 Electriciens ;
- 1 magasinier ;
- 5 chauffeurs ;
- 2 agents sociaux ;
- 28 techniciens de surface ;
- 10 Gardiens ;
- 24 aides-soignants.

Le Service de gynéco obstétrique :

Gère toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales de la ville de Ségou et de certains centres de santé de référence des cercles.

Actuellement le service fait partie du groupe « Pool mère enfant », constitué de service de Gynéco-Obstétrique et de la pédiatrie.

Le service comprend :

Quatre (4) Bureaux de consultation pour les médecins avec toilette ;

Un (1) Bureau pour la sage femme maîtresse avec toilette ;

Une (1) Salle d'accouchement avec 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;

Une (1) Salle d'attente avec toilette, 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;

Une (1) Salle d'urgence, 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;

Une (1) Salle de garde avec toilette, ventilée, climatisée, réfrigérateur ;

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

Une (1) unité de CPN ventilée et climatisée ;

Une (1) unité de vaccination ventilée ;

Une (1) unité de soins climatisée et ventilée

Une unité de planification familiale ;

Un (1) Magasin ;

Huit (8) Salles d'hospitalisation comprenant :

- 5 Salles d'hospitalisation ayant 4 lits chacune et ventilée ;

- 1 Salle d'hospitalisation ayant 1 lit et ventilée ;

- 2 Salles VIP ayant 1 lit chacune, ventilée, climatisée avec un (1) téléviseur, réfrigérateur et douche interne.

Huit (8) Toilettes pour les patientes ;

Cinq (5) Toilettes pour le personnel ;

Le personnel est composé :

- \*Trois (3) Spécialistes en gynécologie obstétrique dont un Cubain ;

- \*deux (2) Médecins généralistes payés sur fond spécial;

- \*dix (10) Sages femmes ;

- \*quatre (4) Infirmières obstétriciennes ;

- \*trois (3) Techniciens de surface.

C'est un lieu de stage qui reçoit les FFI, les étudiants en cours de formation et des techniciens en santé.

Les consultations externes se font du lundi au vendredi par les médecins avec le concours des FFI. Les mardis et mercredis sont les jours d'intervention. Les visites des malades hospitalisées se font également tous les jours à partir de 9heures après le staff du service qui se tient chaque jour à partir de 8heures.

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

La garde est assurée par un médecin spécialiste, un médecin généraliste, sage femme, infirmière obstétricienne complétée par les stagiaires en formation (un FFI, étudiant) et un personnel d'appui (un manoeuvre). Le service reçoit les patientes de la ville de Ségou et environnant, les patientes référées des CSCOM et des CS Réf des cercles.

## **2-type d'étude et période :**

Il s'agit d'une étude analytique cas-témoin. Elle a couvert la période du 1<sup>er</sup> /01 /2010 au 31/ 12/2010 soit 12mois

Pendant la période d'étude nous avons enregistré 2028 accouchements dont 158cas d'utérus cicatriciels.

## **3- Echantillonnage :**

Notre étude porte sur toutes les parturientes ayant accouché dans le service pendant la période de l'étude

**a) Critères d'inclusion :** sont incluses dans cette étude

### **Cas**

Toutes les parturientes avec un utérus porteurs d'une ou plusieurs cicatrices ayant accouché dans le service entre le 01/01/2010 et le 31/12/2010.

### **Témoins**

Ont été considérées comme témoins toutes les parturientes dont l'utérus était indemne de toute cicatrice

### **b) Critères de non inclusion**

Non pas été prises en compte dans notre étude

- Les parturientes ayant un antécédent de perforations utérines
- les accouchements à domicile

### **c) Critère d'appariement :**

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

Nous avons pris un cas d'utérus cicatriciel et deux cas d'utérus non cicatriciel accouchés immédiatement avant et après le cas(1 contre 2) quelque soit leur âge et leurs antécédents obstétricaux

#### **4) Définition opérationnelles :**

**Bassin généralement rétréci :** Un bassin généralement rétréci est un bassin dont tous les diamètres sont diminués de façon proportionnelle

**Bassin limite :** Un bassin limite est bassin dont au moins un des diamètres est réduit.

**Césarienne prophylactique:** C'une césarienne réalisée en dehors du travail d'accouchement.

**Epreuve utérine :** Tentative d'accouchement par voie basse sur un utérus cicatriciel

**Utérus cicatriciel :** Un utérus cicatriciel est un utérus porteur à un endroit quelconque d'une ou plusieurs cicatrices myométriales

#### **5) Protocole de prise en charge des accouchements sur utérus cicatriciel :**

Pour chaque parturientes admise dans le service et présentant un utérus cicatriciel, après un examen obstétrical minutieux et l'exploration clinique du bassin, la décision de l'indication d'une césarienne d'emblée était prise chaque fois qu'en plus de la cicatrice utérine qu'on notait une angustie pelvienne.

L'épreuve utérine était décidée chaque fois qu'en plus de cicatrice le bassin était normal

#### **6) Supports des données :** Nos données ont été recueillies à partir de :

Des fiches d'enquêtes, des partogrammes, des protocoles opératoires et des dossiers obstétricaux

**7). La saisie des données:** Nous nous sommes servis du logiciel Microsoft Office Word 2007 pour la saisie et d'EPI INFO version 6.04Fr pour l'analyse des données

Les tests statistiques utilisés sont le test de Chi carré et le Yates

Le seuil de significativité a été fixé à  $P < 0,05$

V.Résultats: Durant notre période d'étude nous avons enregistré **2028** accouchements dont **158** Cas d'utérus cicatriciels soit une fréquence de **7,8%** ,53cas d'épreuve utérine soit une fréquence de **33,5%** avec un taux d'échec de **44%** etn taux de réussite de l'épreuve utérine estimée à **66%**

### 1 Caractéristiques socio démographiques

**TABLEAU I:**Répartition de la parturiente en fonction de l'âge

Age (an)	Cas	Témoins	P	OR/IC
14-19	40 (25.3%)	52(16.5%)	0,06	1,54[0,95-2,48]
20-24	27(17.1%)	132(41 .8%)	0,01	0,41[0,25-0,66]
25-29	31(19.6%)	62(19.6%)	1,00	1,00[0,73-1,37]
30-34	30(19%)	24(7.6%)	0,001	2,5[1,36-4,59]
35-39	30(19%)	40(12.6%)	0,11	1,50[0,87-2,57]
≥ à 40	30(19%)	6(1.9%)	0,00	10[3,87-27,37]
Total	158(100%)	316(100%)	1,18	-

19% des cas avaient un âge supérieur ou égal à 40ans contre 1,9% des témoins

**P=0,00**. La différence est statistiquement significative

### **Tableau II :** Répartition des parturientes en fonction de leur statut matrimonial

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

<i>Statut matrimonial</i>	<i>Cas</i>	<i>Témoins</i>	<i>Total</i>
<i>Mariée</i>	156(98,7%) )	289(91,5%)	445(93,8)
<i>Célibataire</i>	2(1,3%)	27(8,5%)	29(6,2%)
<i>TOTAL</i>	158(100%)	316(100%)	474(100%)

1,3% des cas étaient célibataires contre 8,5% des témoins

#### 1.4 L'admission

**Tableau III** : Répartition des parturientes en fonction de leur mode d'admission

<i>Mode admission</i>	<i>Cas</i>	<i>Témoins</i>	<i>P</i>	<i>OR/IC</i>
<i>Venue d'elle-même</i>	141(89,2%)	300(94,9%)	0,66	0,94[0,71-1,25]
<i>Evacuée</i>	15(9,5%)	11(3,5%)	0,01	2,73[1,15-6,53]
<i>Référée</i>	2(1,3%)	5(1,6%)	0,79	0,80[0,11-4,70]
<i>TOTAL</i>	158(100%)	316(100%)	1,46	-

9,5% des cas étaient évacués contre 6,5% des témoins  $P=0,01$ . La différence est statistiquement significative.

## 2 CARACTERISTIQUES CLINIQUES

### 2.1 La Gestité

**Tableau IV**: Répartition des parturientes en fonction de la gestité

<i>GESTITE</i>	<i>Cas</i>	<i>Témoins</i>	<i>P</i>	<i>OR/IC</i>
<i>Primigeste</i>	2(1,2%)	4(1,3%)	1,00	0,06[0,01-0,26]

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

Paucigeste	87(55,1%)	136(43%)	0,14	1,64[1,15-2,34]
Multigeste	69(43,7%)	176(55,7%)	0,77	0,95[0,66-1,36]
TOTAL	158(100%)	316(100%)	0,91	-

1,2% de cas étaient primigestes contre 1,3% pour les témoins cicatrices consécutives à une myomectomie **P=1,0**.

La différence n'est pas statistiquement significative

## 2.2 La parité

**Tableau V : Répartition des parturientes en fonction de la parité**

Parité	Cas	Témoins	P	OR/IC
Nullipare	2(1,3%)	4(1,3%)	1,00	0,07[0,01-2,28]
Primipare	65(41,1%)	69(21,8%)	0,01	1,94[1,29-2,92]
Paucipares	58(36,7%)	126(39,8%)	0,65	1,61[1,06-2,44]
<b>Multipare</b>	<b>33(20,9%)</b>	<b>117(37,1%)</b>	<b>0,01</b>	<b>0,56[0,36-0,89]</b>
TOTAL	158(100%)	316(100%)	0,02	-

41,1% étaient primipares et 20,9% multipares contre 21,8%, et 37,1% pour les témoins **P=0,01**. La différence est statistiquement significative

## 2.3 L'intervalle intergénérisque

**Tableau VI : Répartition des parturientes en fonction de l'intervalle intergénérisque**

IIG	Cas	Témoins	Totaux
-----	-----	---------	--------

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

<b>&lt; 2ans</b>	<b>5(3,2%)</b>	<b>72(22,8%)</b>	<b>77(16,2%)</b>
$\geq 2$ ans	153(84,2%)	244(77,2%)	397(83,8)
<b>TOTAL</b>	<b>158(100%)</b>	<b>316(100%)</b>	<b>474(100%)</b>

3,2% des cas avaient un intervalle intergénésiq ue inférieur à 2ans contre 22,8%

**SSSSSSS**

**Tableau VII: Répartition des parturientes selon le nombre de consultation prénatale**

Nombre de CPN	Utérus cicatriciel	Non cicatriciel	P	OR/IC
0	3(1,9%)	11(3,5%)	0,35	0,55[0,12-2,14]
1-3	15(9,5%)	201(63,6%)	0,0001	0,15[0,08-0,27]
<b><math>\geq</math> à 4</b>	<b>140(88,6%)</b>	<b>104(32,9%)</b>	<b>0,0001</b>	<b>2,69[1,94-3,75]</b>
<b>TOTAL</b>	<b>158(100%)</b>	<b>316(100%)</b>	<b>0,35</b>	<b>-</b>

88,6% des cas avaient effectué au moins 4 consultations prénatales contre 32,9% des témoins **P=0,0001**. La différence est statistiquement significative

**Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de la qualification de l'agent ayant effectué la consultation prénatale**

Agent CPN	Cas	Témoins	P	OR/IC
<b>Gynécologue</b>	<b>30(18,9%)</b>	<b>29(9,2%)</b>	<b>0,01</b>	<b>2,07[1,16-3,69]</b>
Médecin généraliste	23(14,6%)	14(4,4%)	0,00	3,29[1,57-6,94]

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

Sage femme	94 (59,5%)	265(83,9%)	0,00	0,71[0,52-0,97]
Interne	1 (0,6%)	15 (4,7%)	0,01	0,13[0,01-0,97]
Infirmière	3 (2%)	4 (1,3%)	0,83	1,5[0,26-8,03]
Matrone	7 (4,4%)	3 (0,9%)	0,02	4,67[1,07-23,1]
TOTAL	158 (100%)	316 (100 %)	0,87	-

18,9% avaient bénéficié d'une consultation spécialisée contre 9,2% des témoins  $p=0,01$  la différence est statistiquement significative. 4,4% des cas n'avaient été suivis que par une matrone

**.Tableau IX: Répartition des parturientes en fonction de l'indication de la 1<sup>ère</sup> intervention**

Indication de la 1 <sup>ère</sup> intervention	Effectifs	Pourcentages
<b>BGR</b>	<b>52</b>	<b>32,9</b>
<b>BL</b>	<b>36</b>	<b>22,7</b>
SFA	11	6,9
Procidence du cordon battant	2	1,2
HRP	4	2,5
PP hémorragique	8	5,1
DFP	6	3,7
Présentations viciées*	18	11,3
Autres*	21	28,2
Total	158	100

**La dystocie osseuse était l'indication de l'intervention dans 55,6% de cas**

Présentations viciées: front, face, transversale, siège

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

Autres\* : Dilatation stationnaire, Rupture prématurée des membranes,  
Rupture utérine, myomectomie

**Tableau X Répartition des parturientes en fonction du nombre de cicatrice**

NOMBRES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Utérus uni cicatriciel	105	66%
Utérus bi cicatriciel	31	20%
Utérus tri cicatriciel	22	14%
TOTAL	158	100%

66% des parturientes avaient un utérus uni cicatriciel

### 3. EXAMEN CLINIQUE

**Tableau XI : Répartition des parturientes en fonction de leur taille**

Taille (m)	Cas	Témoins	P	OR/IC,
<1,50	57(36,1%)	36(11,4%)	0,004	0,72[0,53-0,98]
≥1,50	101(63,9%)	280(88,6%)	0,003	3,17[1,95-5,14]
Total	158	316(100%)	0,007	-

36,10% des cas avaient une taille inférieure à 1,5m contre 11,4% des témoins

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

**P=0,004.** La différence est statistiquement significative

**Tableau XII : Répartition des parturientes en fonction de l'âge de la grossesse**

Terme de la grossesse	Cas	Témoins	P	OR/IC
< à 37 SA	5(3,2%)	7(2,2%)	0,55	1,43[0,39-5,10]
37-42SA	150(94,9%)	306(96,8%)	0,88	0,98[0,74-1,30]
>42SA	3(1,5%)	3(0,9%)	0,39	2,00[0,32-12,54]
Total	158(100%)	316(100%)	1,82	-

3,2% des cas avaient accouché avant terme contre 2,2% des témoins P=1,82. La différence n'est pas statistiquement significative

**Tableau XIII: Répartition des parturientes en fonction du type de bassin**

Type de bassin	Utérus cicatriciel	Non cicatriciel	P	OR/IC
Normaux	70(44,3%)	297(94%)	0,00	0,47[0,34-0,66]
Vicié	88(55,7%)	19(2,8%)	0,00	2,26[5,30-16,35]
Total	158(100%)	316(100%)	0,00	-

55,7% des cas avaient un bassin vicié contre 6% chez les témoins **P=0,00**. La différence est statistiquement significative

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

**Tableau XIV : Répartition des parturientes en fonction de la période du travail d'accouchement à l'admission**

Phase du travail à l'admission	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Phase de latence	101	81,5
Phase active	20	16,1
Expulsion	3	3,4
TOTAL	124	100%

**3,4% étaient reçues à la période expulsive**

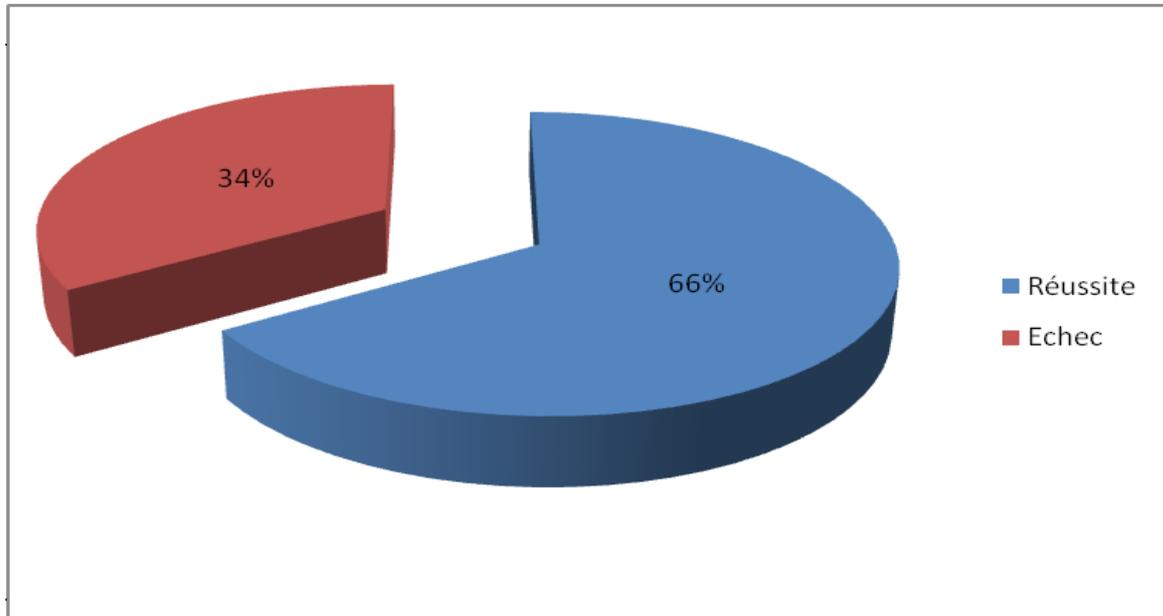
**Tableau XV : répartition des parturientes en fonction de la durée du travail d'accouchement**

Nombre d'heure	Cas	Témoins	P	OR/IC
<10Heures	2(5,7%)	7(2,4%)	0,48	0,57[0,08-3,04]
<b>10 - 12Heuree</b>	<b>32(91,4%)</b>	<b>201(69,2%)</b>	<b>0,04</b>	<b>0,20[0,12-0,34]</b>
>12HEURES	1(2,9%)	83(28,5%)	0,02	0,02[0,00-0,16]
Total	35(100%)	291(100%)	0,48	-

87% des cas avaient une durée de travail comprise entre 10 et 12heures, 4,3% avaient une durée supérieure à 12heures contre 69,2 et 28,5% chez les témoins **p=0,04**. La différence est statistiquement significative

#### 4. ACCOUCHEMENT

**Figure 1: Répartition des parturientes en fonction de la réussite ou de l'échec de l'épreuve utérines**



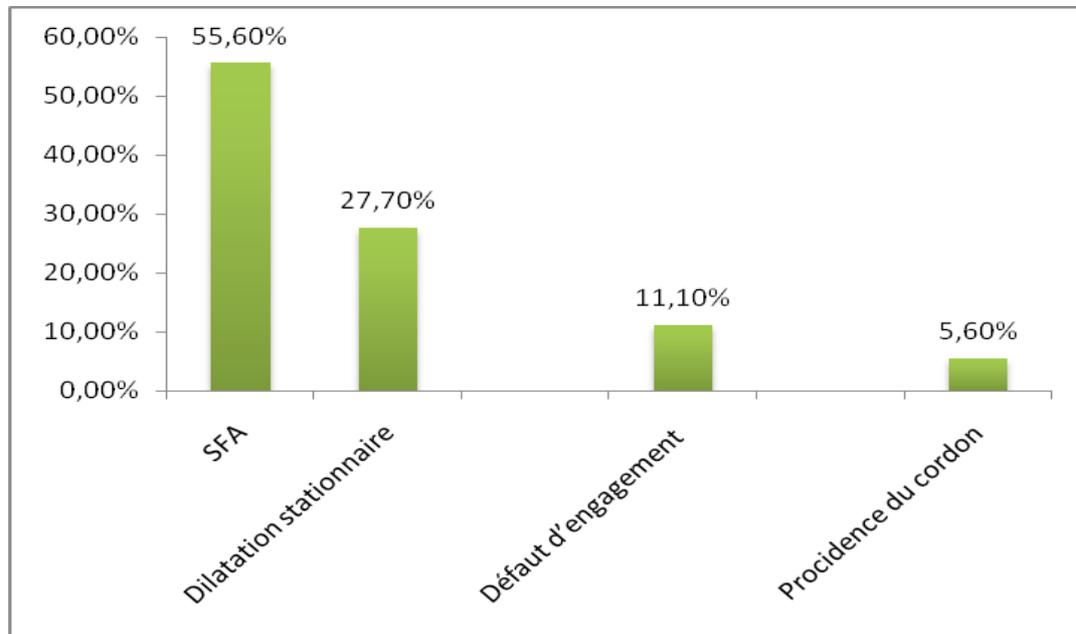
**66% des épreuves utérine ont réussi**

**Tableau XVI : Répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement**

Nombre d'heure	Cas	Témoins	P	OR/IC
<b>Voie basse</b>	<b>35(22,2%)</b>	<b>291(92,1%)</b>	<b>0,02</b>	<b>0,24[0,16-0,36]</b>
Césarienne prophylactique	34(21,5%)	6(1,9%)	0,02	11,3[4,43-30,8]
Césarienne d'urgence	89(56,7%)	19(6%)	0,02	9,37[5,36-16,5]
Total	158(100%)	316(100%)	0,02	-

77,8% des cas avaient accouché par césarienne contre 92,1% d'accouchement par voie basse pour les témoins **P=0,02**. La différence est statistiquement significative

**Figure 2 Répartition des parturientes en fonction de la cause de l'échec de l'épreuve**



La souffrance fœtale était la cause de l'échec de l'épreuve dans 55,6% des cas

#### 4.3 Nouveau-nés

**Tableau XVII: Répartition des parturientes en fonction du score d'APGAR à la 5<sup>ème</sup> minute**

Apgar à la 5 <sup>ème</sup> mn	Cas	Témoins	P	OR/IC
< 7	8(5,1%)	11(3,5%)	0,42	1,45[0,52-3,9]
>7	150(94,9%)	305(96,5%)	0,90	0,98[0,74-1,30]
TOTAL	158(100%)	316(100%)	1,32	-

94,9% des cas avaient un bon score à la 5<sup>ème</sup> minute contre 96,5% pour les témoins **P=1,32**. La différence n'est pas statistiquement significative

## 5 DELIVRNCE

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

**Tableau XVIII Répartition des parturiente en fonction du type de la délivrance**

Type de délivrance	Cas	Témoins	P	OR/IC
Spontanée	2(1,3%)	13(4,1%)	0,10	0,31[0,05-1,45]
Active	10(6,3%)	117(37%)	0,00	0,17[0,08-0,35]
Artificielle	146(92,4%)	186(58,9%)	0,00	1,57[1,16-2,12]
Total	158(100%)	316(100%)	0,10	-

La délivrance a été active dans 6,3%, artificielle dans 92,4% chez les cas **P0, 00**.

La différence est statistiquement significative

**Tableau XIX : Répartition des parturientes en fonction d'une rupture objectivée lors de la révision utérine**

Rupture utérine	Cas	Témoins	P	OR/IC
sRupture utérine	2(5,7%)	1(0,3%)	0,02	16,6[1,14-476,2]
Utérus indemne	33(94,3%)	290(99,7%)	0,00	0,95[0,56-1,61]
TOTAL	35(100%)	291(100%)	0,02	-

La rupture utérine a été objectivée lors de la révision dans 5,7% chez les cas contre 0,3% chez les témoins **P=0,02**. La différence est statistiquement significative

**Tableau XX : Répartition des nouveaux nés en fonction de leur poids de naissance**

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

Poids (g)	Cas	Témoins	P	OR/IC
< 2500g	7(4,4%)	16(5,1%)	0,77	0,88[0,32-2,32]
2500 - 3999g	148(93,7%)	292(92,4%)	0,92	1,0[0,76-1,35]
≥4000g	3(1,9%)	8(2,5%)	0,67	0,75[0,16-3,15]
Total	158(100%)	316(100%)	2,36	-

93,7% des cas avaient un poids compris entre 2500et 3999grammes contre**92,4%** pour les témoins. La différence n'est pas statistiqueme significative P=0,05

**Tableau XXI: Répartition des parturientes en fonction des suites de couches**

Suites de couches	Cas	Témoins	P	OR/IC
Simple	151(95,5%)	298(94,4%)	0,92	1,0[0,76-1,34]
Endométrite	3(1,8%)	7(2,2%)	0,82	0,86[0,17-3,73]
<b>Anémie</b>	<b>1(0,7%)</b>	<b>2(0,6%)</b>	<b>0,00</b>	<b>1,0[0,20-4,98]</b>
Suppuration pariétale	2(1,3%)	7(2,2%)	0,48	0,57[0,08-3,04]
<b>Décès</b>	<b>1(0,7%)</b>	<b>2(0,6%)</b>	<b>0,00</b>	<b>1,0[0,20-4,98]</b>
TOTAL	158(100%)	316(100%)	2,22	-

L'anémie et le décès ont compliqué les suites de couche dans 0,7% chez les cas contre 0,6% chez les témoins **P=0,00**. La différence est statistiquement significative

**Tableau XXII: Répartition des nouveau-nés en fonction de leur état 7 jours après leur naissance ( J7)**

Etat des nouveaux nés	Cas	Témoins	P	OR/IC
Bien portant	148(94,3%)	292(94,5%)	0,99	1,01[0,76-1,35]
Vivant malade	7(4,5%)	10(3,2%)	0,52	1,38[0,46-4,02]
Décédé	2(1,2%)	7(2,3%)	0,47	0,56[0,08-2,9]
Total	157(100%)	309(100%)	1,98	-

94,3% des nouveau-nés étaient bien portants 7jours après leur naissance chez les cas et les témoins **P=1,98**. La différence n'est pas statistiquement significative

## VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

### **1-fréquence :**

Durant notre période d'étude nous avons enregistré 158 cas d'utérus cicatriciels sur 2028 accouchements soit une fréquence de **7,8%**

Notre taux d'accouchement sur utérus cicatriciel est inférieur à celui de **FLAMM[9]** aux USA **9,2%**, supérieur à ceux d' **A DEMBELE [6]** de **A OUATTARA [1]** à **Bamako** et de **Boisselier en France [7]** qui ont rapporté respectivement **2%, 3,7% 5,3%**. Il est proche de ceux d'**ANDERSON** au Canada **[8] 7,6%**, **MT DIADHOU** au Sénégal **[5] 7,5%** notre taux élevé pourrait s'expliquer par l'élargissement des indications de la césarienne au fœtus qui jusque là étaient majoritairement réservées à la mère.

### 2.LESCARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

#### **2 1. L'âge :**

La tranche d'âge la plus représentée pour les cas a été de 14-19ans soit **25,3%** contre **6,5%** pour les témoins

L'âge moyen était de **27ans** avec des extrêmes entre 14 et 41ans.

Ce résultat est inférieur à ceux rapportés par **A DEMBELE [9] 28,5ans**

**A OUATTARA [1] 30,5ans à Bamako**

Notre taux élevé d'utérus cicatriciel dans cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par le mariage précoce entraînant l'immaturité du bassin au cours de l'accouchement chez les adolescentes

Il existe une différence statistiquement significative entre les cas et les témoins en ce qui concerne l'âge (**P= 0,02**)

#### **2- 2.Statut matrimonial**

Dans notre série **1, 3%** des cas étaient célibataires contre **8,5%** des témoins.

#### **2-3. Mode d'admission**

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

Sur 158 parturientes présentant un utérus cicatriciel et admises dans le service **9,5%** ont été évacuées contre **3,5%** des témoins ce taux est inférieur à ceux de **A BA[2]** et **A Dembélé[6]** à **Bamako** qui ont trouvé respectivement **19%** et **22,2%** d'évacuation. Ce taux élevé d'évacuation chez les cas d'utérus cicatriciel pourrait s'expliquer d'une part par une méconnaissance des risques courus par la parturiente et d'autre part par la mauvaise organisation de la référence évacuation.

Il existe une différence statistiquement significative entre les cas et les témoins en ce qui concerne le mode d'admission (**P=0,01**)

#### **2-4-Parité**

Les grandes multipares ont représenté **20,9% des cas** dans notre série avec une parité extrême à 11. **A OUATTARA [1]** et **BENZINEB N [13]** ont trouvé des parités à **12 à Bamako et à Tinusie**

Au Mali la grande multiparité trouve son explication dans la survenue de grossesses nombreuses chez les femmes (Indice synthétique de fécondité 6 à 7 enfants par femme) de même que la faible prévalence contraceptive (**6,83%** selon **EDS IV**).

Par ailleurs les primipares ont représenté **41,1%** soit **65 cas** dans notre série.

Il existe une différence statistiquement significative entre les cas et les témoins (**P= 0,01**)

#### **2-5. Intervalle intergénésiq**

Dans notre série, **3,2 %** des cas avaient un intervalle intergénésiq inférieur à 2ans contre **22,8%** des témoins.

Ce taux est inférieur à celui de **A BA [2]** qui a trouvé **6,7%** d'intervalle intergénésiq inférieur à **2ans** chez les cas contre **31,2%** pour les témoins.

Cette différence pourrait s'expliquer par une bonne collaboration entre unité d'hospitalisation et celle de la

Planification familiale en vue d'une meilleure couverture contraceptive chez les césarisées

Il existe une différence significative entre les cas et les témoins en ce qui concerne l'intervalle inter génétique.

#### **2-6. Consultation prénatale(CPN)**

**18,9%** de ces consultations ont été faites par un spécialiste contre **9,2%** des témoins. Cependant il est important de noter que **4,4%** des cas d'utérus cicatriciels n'ont été suivis que par une matrone

**88,6%** des patientes ont bénéficié d'au moins 4 consultations (norme requise par l'OMS) contre **32,9%** pour les témoins.

Ce taux est supérieur à ceux rapportés par **A DEMBELE [6]** et **A OUATTARA [1]** qui ont trouvé respectivement **54,4%** et **70%** d'au moins 4 consultations prénatales chez les cas d'utérus cicatriciels **P=0,0001**

Il existe une différence statistiquement significative entre les cas et les témoins

#### **2-7. Antécédents de césariennes :**

Dans notre série **66%** des cas avaient des utérus uni- cicatriciel, **20%** d'utérus bi –cicatriciel et **14%** d'utérus tri cicatriciels.

**A DEMBELE [6]** et **A OUATTARA [1]** ont trouvé dans leur série **79,1%** d'utérus uni cicatriciel ; **17,7%** d'utérus bi cicatriciel.

Ce taux croissant de cicatrice confirme notre statut d'hôpital de deuxième référence

#### **2-8 Taille de la parturiente :**

Dans notre série **36,1%** des cas avaient une taille inférieure à **1,5m** contre **11,4%** pour les témoins. **ABAH** dans sa série a trouvé **37,3%** de taille inférieure à **1,5m** pour les cas contre **16,2%** Pour les témoins. La relation entre le bassin et la taille pourrait s'expliquer notre taux élevé de césarienne sur utérus cicatriciel **P=0,004**, il existe une différence statistiquement significative entre les cas et les témoins

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

### **3. Pronostic**

#### **3-1 la voie d'accouchement :**

Dans notre service, l'accouchement sur utérus cicatriciel reste beaucoup pourvoyeur de la césarienne. En effet 21,5%(34/158) des parturientes qui ont un utérus cicatriciel ont accouché par césarienne prophylactique, ce taux est supérieur à ceux de **A OUATTARA [1]** et **A DEMBELE [6]** qui ont trouvé respectivement **10,7%** et **15,2%** de césariennes prophylactiques sur utérus cicatriciel à Bamako. Il est inférieur à celui de **A BA [2]** **42,5%** de césariennes prophylactiques. Notre taux faible de césarienne prophylactique est lié au fait que la plupart des cas sont vus ou référés au cours du travail. Dans ces situations la prise en charge s'opère dans un contexte d'urgence. L'épreuve utérine a été proposée à 53 parturientes parmi les 158 ayant un utérus cicatriciel soit **33,5%**. Parmi ces 53 candidates à l'épreuve utérine 35 parturientes ont accouché par voie basse soit un taux de succès **66%**(35 /53) 18 parturientes ont bénéficié d'une césarienne d'urgence après l'échec de l'épreuve soit **34%**. Le taux global de césarienne est donc 124 sur 158 d'utérus cicatriciel soit **77,8%**. La voie d'accouchement la plus fréquente pour les cas est la voie haute contrairement aux témoins (77,8% contre 7,9%). Le constat est le même pour **ELMANSOURI à Casablanca [4]** qui a trouvé **50,3%** d'accouchement par voies hautes contre **49,7%** d'accouchement par voies basses, **BENZINEB à Tunisie [13]** 70,2% contre 39,1%, **DIADHIOU F à Dakar au Sénégal [5]** **72,9%** contre **27,1%**(288cas) **A BA à Bamako [2]** **74,8%** contre **25,2%**(745cas).

Notre taux d'épreuve utérine de **33, 5%**, paraît faible.

Ce Taux est de **55, 7%** pour **A BA [2]** 74,5% pour **TSHILOMBO [23]** en république démocratique du Congo, **79,4%** pour **VANDERWALT [24]**, en Afrique du sud.

Dans la littérature **75 à 80%** des femmes aux antécédents de césarienne pourraient subir une épreuve utérine.

Avec un taux de succès de **66%**, l'épreuve utérine à cause de son faible coût d'utilisation, de sa répercussion sur le taux de césarienne reste une alternative pour les pays en développement

Il existe une différence statistiquement significative entre les cas et les témoins (**P<0,02**)

**3-2 Durée du travail d'accouchement:** Dans notre série **91,4%** des cas qui ont accouché par voie basse avaient une durée de travail comprise entre 10 et 11heures contre **69,2%** des témoins.

Malheureusement **2,9%** des cas contre 28,5% des témoins avaient une durée supérieure 12heures

**A BAH [2]** dans sa série avaient trouvé une durée moyenne 10heures.

Notre succès pourrait s'expliquer par le bon choix des candidates à l'épreuve utérine. Il existe une différence statistiquement significative entre les cas et les témoins

### **3-3. Complications immédiates:**

Nous avons enregistré 2cas de rupture utérine après l'accouchement par voie basse soit une fréquence de **1,3%** contre **0,3%** pour les témoins. Ce taux inférieur à celui d'**A DEMBELE [6] 1,9%** chez les cas.

Notre taux faible de rupture confirme notre attitude de prudence face à l'accouchement sur utérus cicatriciel. Il existe une différence statistiquement significative entre les cas et les témoins en ce qui concerne la rupture utérine après accouchement par voie basse (**P<0,05**)

## **4. Suites de couches :**

### **4-1 .Mère :**

Les suites de couches ont été compliquées dans **4,5%** avec 1,8%, d'endométrite, **1,3%** de suppuration pariétale, **0,7%** d'anémie **0,7%** de décès maternel lié à l'accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

l'anémie chez les cas d'utérus cicatriciels contre **2,2%** d'endométrite, **2,2%** de suppuration pariétale **0,6%** d'anémie et **0,6%** de décès chez les témoins.

Notre résultat est proche de celui de **A BA** à Bamako[2] qui a trouvé **1,3%** d'endométrite, **1%** de suppuration pariétale et **0,2%** d'anémie chez les cas d'utérus cicatriciels contre **1,9%** d'endométrite, **2%** de suppuration pariétale et **1,9%** d'anémie

Notre décès s'explique par, les moyens limités de transfusion liée aux difficultés d'accès au sang malgré la création de mini banque de sang au sein de l'hôpital. Il existe une différence statistiquement significative entre les cas et les témoins concernant les suites de couches (**p<0,05**)

#### **4.2.1. Suivi des nouveau-nés 7jours après leur naissance:**

Nous avons recensé **9 décès néonataux** dont 2 chez les cas et 7 chez les témoins 7 jours après la naissance, dans un tableau d'hyperthermie soit une fréquence de **1,3%** contre **2,2%** chez les témoins.

**DIADHIOU** à Dakar au Sénégal [5] dans sa série a trouvé **1,05%** de décès néonataux chez les cas contre **2,1%** chez les témoins.

Nos décès néonataux s'expliquent d'une part par le retard de consultation et d'autre part par les moyens limités de la réanimation pédiatrique.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les cas et les témoins en ce qui concerne le décès néonataux précoce (**P= 0,47**)

## **CONCLUSION**

Au terme de notre étude nous pouvons tirer la conclusion suivante :

Nous avons recensé **158** utérus cicatriciels sur **2028** accouchements pendant la période d'étude, soit **7,8%** des accouchements effectués.

Le constat est que l'accouchement sur utérus cicatriciel reste beaucoup pourvoyeur de la césarienne. La voie d'accouchement la plus fréquente est la voie haute pour les cas contrairement aux témoins. Le taux global de césarienne est de **77,8%** pour les cas contre **7,9%** pour les témoins.

Notre taux d'épreuve utérine est de **33,5%** avec un taux de succès de **66%**.

Le premier facteur influent la décision de l'épreuve utérine est la perméabilité du bassin.

Nos taux de mortalité fœtale et maternelle sont respectivement de **1,3%** et **3,5%**. Pour finir, nos résultats nous montrent que sans le remarquer nous avons adopté le concepte de Cragin <one a cesarean, always a cesarean> et cette position est confortée par l'attitude des parturientes, portant un utérus cicatriciel ou pas, qui négligent les CPN et ne viennent accoucher qu'à une phase très avancée du travail d'accouchement

## **RECOMMADATIONS:**

A la lumière des résultats de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes

### **A l'attention de la communauté**

- Elever le niveau de fréquentation des structures de santé
- Faire un suivi régulier de la grossesse car cette dernière est à haut risque
- Recommander un accouchement dans un centre chirurgical

### **AUX AUTORITES**

Organiser des séances de formation et de recyclage en soins obstétricaux et de néonatalogies d'urgence à l'endroit du personnel qualifié

Améliorer la communication entre les CS Com., les CS Réf et l'hôpital  
Mieux organiser la référence évacuation

### **Aux Prestataires**

Considérer la grossesse sur utérus cicatriciel comme une grossesse à haut risque

Surveillance rapprochée par un personnel qualifié

Organiser la référence à 34 - 35SA vers un centre chirurgical

Remplissage correct des partogrammes

Révision utérine systématique après un accouchement sur utérus cicatriciel

Proposer une contraception de longue durée.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

**1 A OUATTARA** Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de la commune V de Bamako a propos de 570 cas

Thèse de Méd. 2004, 85p

### **2. A. BAH**

Grossesse et accouchement sur utérus cicatriciel à propos d'une étude cas témoin

Thèse de Med Bamako MALI : 03- M 72

### **3. A HAMET TIDJANI:**

Accouchement sur utérus cicatriciel au Niger à propos de 590 cas Med d'Afrique noire février 2000

### **4. EL MANSOURI A**

Accouchement sur utérus cicatriciel à propos de 150 cas Rev FR JGynécol. Obstet, 1994, 89,12 :606-6

### **5. DIADHIOU MT.**

L'accouchement sur utérus cicatriciel: résultats préliminaire à propos de 228cas. Congrès de la SAGO BAMAKO 2003

### **6. A DEMBELE**

Accouchements sur utérus cicatriciels dans le CS Réf VI du District de Bamako

Thèse de Méd. BAMAKO 09-M 85

### **7. BOISSELIER P,**

Evolution dans les indications de césarienn.

JGynécol Obstet Biol Reprod 1987; 16:251-60.

### **8. ANDERSON**

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

Determinants Of the increasing cesarean birth rate. N Engl J Med 1994; 311: 887-92.

**9. FLAMM BL:** Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system.

Obstet Gynecol 1997; 90: 907-10.

**10. LEHMANN M.**

Vaginal birth after cesarean: A meta-analysis of indicators of success.

Obstet Gynecol 1990, 76: 865-9

**11. THURNAU Gr**

The fetal pelvic-index: a method of identifying fetal-pelvic disproportion in women attempting vaginal birth after previous cesarean delivery.

Am J Obstet gynecol 1991, 165:353-8

**12. Y TRAORE :** les ruptures utérines à l'hôpital National du Point G : Facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques (à propos de 180 cas) Thèse de Médecine BAMAKO : 96-M 26

**13. BENZINEB N.**

Accouchement par voie basse après césarienne. A propos de

173 épreuves utérines. Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1998, 93, 4, 282-284.

**14. I TEGURTE:**

Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital du point G de 1991 à 1993. A propos d'une étude cas –témoins de 1544 cas

thèse de médecine BAMAKO 93- M 117

**15. KRISHNAMURTY S,**

The role of postnatal X-ray pelvimetry after cesarean section in the management of subsequent delivery. Br J obstet Gynecol, 1991, 98: 716-8

**16 LEBRUN F**

Conduite à tenir devant un utérus cicatriciel

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

. Thèse Médicale 1995 ; 42 : 391-6

**17. BEN AMOR M**

Pronostic de l'accouchement de la femme antérieurement césarisée. A propos de 511 cas.

Thèse de Médecine N°38, Tunis 1994.

**18 NIELSEN Tf**

X-ray pelvimetry and trial of labor after previous cesarean section.

Acta Obstet Gynécol. Scand 1985; 64:485-90

**19A PICAUD**

Les ruptures utérines. A propos de 31 cas observés au centre hospitalier de Libreville.

Rev Fr. Gynécol. Obstét 1989, 84 : 411-41

**20. BERGER D**

Utérus cicatriciel .Résultats et sélection des patientes à l'accouchement par voie basse. A propos de 884 dossiers.

JGynécol. Obstet Biol. Reprod 1991,20 :116-122.

**21. CT CISSE; EWAGNIGNON E; TEROLBE I; DIADHOU F**

Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. Thèse de Med 1999; 28; 6: 556-562.10

**22. CT CISSE, ADRIAMADY C, FAYE EO, DIOUF A, BOUILLIN D, DIADHIOU F:** Indications et pronostic de l'opération césarienne au CHU de Dakar. J. Gynécol Obstét Biol Reprod 1995 ; 24 : 197-9.

**.23.TSHILOMBO K,**

Accouchement chez la gestante zaïroise antérieurement césarisée.

J. Gynécol Obstét Biol Reprod 1991; 20: 568-74.

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

**24. VAN DER WALT WA,**

Vaginal delivery after one cesarean section.

Gynecol Obstet 1994; 46: 271-7.

**25. LANSAC J, BERGER C, MAGNIN G**

Obstétrique pour le praticien 4<sup>ème</sup> édition P 154,156

Fiche d'enquête

**Accouchement sur utérus cicatriciel : pronostic Foetal et maternel.**

I) N° du Dossier-----Age-----  
profession-----

Q1 Niveau d'instruction

Non Scolarisée  Supérieur  Primaire  Secondaire

Q2 Statut Matrimonial

Mariée  Célibataire

Q3 Profession du  
Conjoint-----

Q4 Gestité  Parité  Nombre d'enfant vivant

Intervalle inter génésique  an Dernier  
accouchement-----

**II) Antécédent de cicatrice**

Q1 oui  Non  si oui nature-----

Q2 Nombre de cicatrice

Q1 utérus uni cicatriciel  Utérus bi cicatriciel  Utérus tri  
cicatriciel

Q3 Suite opératoire après la dernière intervention

Simples <input type="checkbox"/> compliquées	de Suppuration	Endométrite <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

## Lâchage

Q4 Durée de séjour de la dernière intervention-----

Q5 Choix de contraceptif

LT  DIU  Pilule  injectable  implant  Aucun

Q6 Qualité de la cicatrice

Disgracieuse   Gracieuse

Q7 indication de la césarienne-----

Q8 Type de césarienne

Segmentaire  Segmento-corporéal    
Corpo réal

Q9 Mode d'admission-----

Si évacuation préciser le moyen de transport-----

Q10 condition de référence

Prise de voie veineuse   Groupage rhésus   
Aucun

Q13 Support de référence

Partogramme  Fiche de référence  Référence verticale

### III) Examen clinique à l'admission

Q1 Nombre de consultation prénatale (CPN)

Une  Deux  Trois

Q2 Agent ayant fait la CPN

Médecine  Sage femme  Interne  Infirmière   
Matrone

Q3 Terme de la grossesse

Moins de 36SA  Entre 36 et 42SA  Plus de 42SA

Q4 Taille de la femme

Inférieure à 150cm  150cm  Supérieure à 150cm

Q5 Hauteur utérine

Inférieure à 30cm  Entre 30 et 36cm  Supérieure à 36cm

Q6 Fréquence de BDCF

Inférieure à 120  120 - 160  supérieur à 160 battements

Q7 Fréquence des contractions utérines

Normale  Hypercinés  Hypocinés   
Hypertonie

Q8 Type présentation

Sommet  Front  Face  Siège   
transversale

Q9 Type de bassin

Normal  Bassin limite  Bassin chirurgical

Q10 Pronostic de l'accouchement

Epreuve utérine  césarienne d'emblée

Q11 Résultat de l'accouchement

Naturelle  Forceps  Ventouse  Césarienne   
Autres

Q12 Indication de la  
césarienne.....

Q13 Suite des couches

Simple  Compliquées  
de.....

Q14 Délivrance

Normale  Pathologique

Rétention placentaire

Inertie utérine

Coagulopathie

Q15 Etat de la mère après l'accouchement à

J1.....

j7.....j30.....

IV) Etat du nouveau né

Q1 APGAR à la première minutes

Inferieur à 3  3-6  Supérieur ou égal à 7

Q2 APGAR aux 5 minutes

Inferieur à 3  3-6  Supérieur ou égal à 7

Q3 Taille du nouveau né

Inferieure à 47cm  47-50cm  Supérieure à 50cm

Q4 Poids du nouveau né

Inferieur à 2500grammes  2500-3000g  Plus de 3000g

Q5 Etat du nouveau né à

J1.....J7.....

## **FICHESIGNALÉTIQUE**

**NOM :** MALLE                      **Prénoms :** Amadou B

**Titre de la thèse :** Accouchement sur utérus cicatriciel L'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou : Etude cas-témoin

**Année Universitaire :** 2011-2012

**Pays d'origine :** Mali

**Ville de soutenance :** Bamako

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie (FMPOS)

**Secteur d'intérêt :** Accouchement sur utérus cicatriciel

## Résumé :

Au terme de notre étude nous pouvons tirer la conclusion suivante :

Nous avons recensé **158** utérus cicatriciels sur **2028** accouchements pendant la période d'étude, soit **7,8%** des accouchements effectués.

Le constat est que l'accouchement sur utérus cicatriciel reste pourvoyeur de la césarienne, contrairement aux témoins. Le taux global de césarienne est de **78,2%** pour les cas contre **7,9%** pour les témoins

Notre taux d'épreuve utérine est de **33,5%** avec un taux de succès de **66%**.

Le premier facteur influent la décision de l'épreuve utérine est la perméabilité du bassin.

Nos taux de mortalité fœtal et maternel sont respectivement **1,3%** et **3,5%**

**Mots clés** : Accouchement sur utérus cicatriciel, Epreuve utérine, Pronostic fœto maternel

## SERMENT D'HIPPOCRATE

●En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

●Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou étude cas témoin

- Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre les mœurs, ni à favoriser le crime.
- Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
- Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
- Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
- Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !