

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT REPUBLIQUE DU MALI
SECONDAIRE,SUPERIEUR ET DE *****

LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE **Un Peuple-Un But-Une Foi**

UNIVERSITE DES SCIENCES DE TECHNIQUE ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO(USTTB)

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année : 2013 - 2014

N ... / M

THEME

**ETUDE DE L'ACCOUCHEMENT SUR UTERUS
CICATRICIEL: AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE VI
DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le 21/06/ 2014 à 12h00 à la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie*

Par :

Monsieur Lassine KONATE

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

Jury

Président : **Professeur Salif DIAKITE**
Membre : **Docteur Mamadou KEITA**
Co-Directeur : **Docteur Boubacar TRAORE**
Directeur de Thèse : **Docteur Moustapha TOURE**

DEDICACES



**Par la grâce de Dieu, le Tout Puissant,
le Clément et le Miséricordieux**

Qui par sa grâce, sa bonté, nous a permis de
mener à bien ce modeste travail. Je m'en
souviendrai tout au long de cette vie si
éphémère et je te resterai toujours fidèle.

Je dédie ce travail :

- **à toutes les mères, singulièrement à celles
qui ont perdu leur vie en donnant naissance
à la vie ;**

- **aux orphelins dont les mères ont succombé
en leur donnant naissance.**

*** A ma famille :**

Issu d'une grande famille unie et solidaire, je promets de transmettre ici l'éducation que j'ai reçue de vous tous à mes sœurs et frères. Grand merci pour ton assistance.

***A mon père : Dramane KONATE**

Sociable, passionné de la connaissance et du savoir, tu t'es totalement investi pour mon éducation dès ma tendre enfance.

Pour moi, tu es une source de référence en terme de bienfaiteur et de bonne conduite. Ce travail est l'un des résultats de tes nombreux sacrifices. Jamais, je ne saurais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis. Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

***A mes chères mères : Assitan TRAORE, Feue Kadidiatou KONE, Bané KOITA, qui ont guidé mes premiers pas .**

Les mots me manquent pour vous signifier mon amour, ma reconnaissance, mon admiration.

Vous avez donné le meilleur de vous-même pour que je puisse réussir. Puisse ce travail contribuer au couronnement de vos sacrifices consentis.

***A mes frères et sœurs bien-aimés : Mohamed, Aliou, Mariam, Ibrahim Assitan, Abou dramane, Lamine, Djéneba, N'faly**

On a l'habitude de dire qu'on ne choisit pas ses frères et sœurs, aujourd'hui j'ai la ferme conviction que s'il m'avait été donné de faire le choix, je n'aurai pu mieux faire que de vous choisir.

Ensemble nous avons traversé des moments agréables, parfois pénibles mais nous nous en sommes sortis encore plus forts et plus soudés.

Que Dieu vous prête encore longue vie pour que vous puissiez goûter au fruit de ce travail.

***A mes tontons : Inspecteur de police Zoumana DIARRA et Adama KONATE**

Vous avez été pour moi comme un père et l'affection dont vous avez fait preuve à mon égard m'a touché profondément. Durant ces années, vos soutiens de toute nature furent inconditionnels. Ce travail a pu être réalisé grâce à vous aussi, je vous en remercie infiniment.

Que la grâce de Dieu soit avec vous.

***A ma tante : Mme DIARRA Assan TRAORE**

Votre générosité et votre amour à mon égard sont sans ambiguïtés. Ce travail a pu être réalisé grâce à votre soutien de toute nature. Vos actes resteront graver dans ma mémoire pour toujours. Que la grâce de Dieu soit avec vous et à toute votre famille.

***A ma chère : Néné KONARE**

Ta connaissance a été pour moi un nouveau départ. Ta compréhension et ton soutien moral ont contribué à la réalisation de ce travail.

Que nos rêves soient réalisés au terme de ce travail.

*** A mes cousines : Feues Djéneba FOFANA et Assan SIDIBE**

Nous avons voulu vous voir là assises parmi nous en ce jour solennel. Hélas Dieu en a décidé autrement. Dormez en paix.

REMERCIEMENTS

*** A toutes les familles KONATE** à San, Sikasso et à Bamako

***Aux familles TRAORE, FOFANA, DIARRA, CAMARA**
respectivement à Hamdalaye, Kalabancoro,
N'tomikorobougou(GMS) et à Kalabancoura pour leur accueil et leur
hébergement.

***A mes cousines et cousins :Amidou TRAORE ,Bréhima KONATE
Malamine DRAME ,Awa KONATE ,Néné FOFANA, Ibrahim
DRAME , Oumar FOFANA, Mariam FOFANA, Fatoumata N'DIAYE,
Gogo N'DIAYE, Mariam KONATE**

***A Mohamed COULIBALY ,Nianegué COULIBALY et Dr
Abdrahamane KANE,** qui sont respectivement Gestionnaire, Chef
personnel et Médecin du CSREF CVI pour leurs soutiens et leur
disponibilité.

Au corps professoral de la FMPOS :

Pour l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la qualité
de l'enseignement dispensé.

***A mes maîtres formateurs : Dr Boubacar TRAORE, Dr TRAORE
Aminata CISSE, Dr Alou SAMAKE, Dr Mamadou KEITA, Dr
Seydou FANE, Dr Baber KAYENTAO, Dr Mamadou DIALLO,
Dr Moussa KONATE**

Merci pour l'encadrement et la disponibilité sans faille

***A tous les anciens internes du CSREF CVI :Dr Souleymane
SIDIBE, Dr Daouda SANOGO, Dr Issa KONATE, Dr Alphamoye
HAIDARA, Dr Djanguiné KOINA, Dr Issa SAMAKE,** je vous
souhaite bon vent dans vos carrières professionnelles.

***A tous les faisant fonction d'interne du CSRef CVI : Mme
DIALLO Natenin DIAKITE, Boubacar COULIBALY
Moumine DIALLO, Sory SATAO, Moussa GORO, Mamady
KAMISSOKO, Adama DIAKITE, Noumory DIAKITE, Sidy
COULIBALY Mme SAMAKE Djénéba**

Merci pour votre collaboration, je vous souhaite bon courage.

***Au personnel de toutes les unités de la Maternité du CSREF
CVI.**

Grand merci pour votre formation, vos enseignements et les bons
moments passés ensemble

***A tous mes amis :Amadou DIARRA, Mahamadou CAMARA,
Pierre COULIBALY, Abdoulaye DIAKITE, Souleymane CISSE,
Mahamadou DIARRA, Dicko SOW, Yaya DAGNON ,Adama
KONE**

A notre maître et Président du jury :

Professeur Salif DIAKITE

- ✓ **Professeur de Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie du Mali.**
- ✓ **Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique au centre hospitalier universitaire de Gabriel TOURE à la retraite .**

Cher Maître vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse.

Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre grande disponibilité, votre rigueur et votre amour du travail bien fait. Nous avons été comblés par l'enseignement de qualité dont nous avons bénéficié de vous à la faculté de Médecine . Vos qualités intellectuelles et vos connaissances larges et toujours d'actualité font de vous un modèle de maître souhaité par tous.

Cher maître veuillez accepter nos sincères remerciements.

A notre maître et juge :

Docteur Mamadou KEITA

- ✓ **Spécialiste en gynécologie obstétrique**
- ✓ **Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune**

VI.

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de siéger parmi ce jury

Nous avons bénéficié avec un grand intérêt votre savoir-faire en gynéco-obstétrique. En plus de vos qualités scientifiques nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines très exemplaires au centre mais également en dehors de celui-ci.

Cette thèse est l'occasion pour moi de vous remercier pour votre courtoisie

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux, que le tout puissant vous garde longtemps auprès de nous

Amen !

A notre maître et co-directeur :

Docteur Boubacar TRAORE

- ✓ **Gynécologue obstétricien**
- ✓ **Médecin Chef du Centre de Santé de Référence de la
CommuneVI**
- ✓ **Ex- Trésorier de la SOMAGO (Société Malienne de
Gynécologie et d'Obstétrique**
- ✓ **Chevalier de l'Ordre du Mérite de la santé.**

Cher Maître, une fierté de mon terroir, en nous acceptant dans votre service et diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et humble. Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre travail font que nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Aussi nous avons été émerveillés par vos éminentes qualités humaines de courtoisie et de sympathie.

Cher Maître vous êtes et resterez un modèle à suivre .Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A Notre maître et Directeur de Thèse :

Docteur Moustapha TOURE

- ✓ **Gynécologue obstétricien**
- ✓ **Chef de service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital du Mali .**
- ✓ **Maitre-Assistant à la Faculté de Médecine et Odonstomatologie (FMOS)**
- ✓ **Chevalier de l'Ordre National du Mali**

Cher maître, vous avez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons beaucoup apprécié votre bon sens et votre amour pour le travail bien fait. Votre disponibilité, votre simplicité, votre abord facile, vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines font de vous un maître inoubliable et hautement respecté.

Soyez assuré de notre reconnaissance éternelle

Sigles et Abréviations :

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

AMPPF: Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la
Famille

ATCD: Antécédent

AVB: Accouchement par voie basse

BCG : Bacille de Calmette Guérin

BDCF: Bruit du cœur fœtal

BL: Bassin limite

C.H.U.GT: Centre hospitalier Universitaire de Gabriel Touré

C.H.U PG : Centre hospitalier Universitaire du Point-G

CIVD: Coagulation intra vasculaire disséminée

CUD :Contraction Utérine Douloureuse

CNGOF: Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CNTS: Centre national de transfusion sanguine

CPN: Consultation prénatale

CSCOM: Centre de santé communautaire

CS Réf C VI: Centre de Santé de Référence Commune VI

DDR: Date des dernières règles

DFP: Disproportion fœto-pelvienne

FFI: Faisant Fonction d'Interne

FVV: Fistule vesico-vaginale

HNM: Hopital National du Mali

HRP: Hématome rétro placentaire

HTA: Hypertension artérielle

HU: Hauteur utérine

IC: Intra Cervical

IEC: Informations – Educations – Communications pour la santé

IIG: Intervalle inter gènesique

IMG: Interruption médicale de la grossesse

INFSS : Institut National de Formation en Science de la Santé

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale

IST: Infection sexuellement transmissible

IMG : Interruption Médicale de la Grossesse

IVG: Interruption volontaire de la grossesse

LRT: Ligature et résection des trompes

MAF: Mouvement actif fœtal

MFIU: Mort fœtale in utéro

N-né: Nouveau-né

Nbre bat/mn : Nombre battement à la minute

OAP : Œdème Aigu Pulmonaire

OMS: Organisation mondiale de la santé

OP: Occipito-pubien

OS: Occipito-sacré

PDE: Poche des eaux

PN: Poids de naissance

P.P: placenta prævia

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

Puls/mn: Pulsation par minute

RCF: Rythme cardiaque fœtal

RPM: Rupture prématurée des membranes

SA: Semaine d'aménorrhée

SAG: Société Africaine de Gynécologie Obstétrique

SFA: Souffrance fœtale aiguë

SIS : Système Information Sanitaire

SOMAGO : Société Malienne de gynécologie Obstétrique

SP: Sacro-pubien

TA: Tension artérielle

UC: Utérus cicatriciel

USAC :Unité de soins d'accompagnement et de conseil

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	4
GENERALITES.....	5
METHODOLOGIE.....	47
RESULTATS.....	61
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	82
CONCLUSION.....	92
RECOMMANDATIONS.....	94
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	96
ANNEXES.....	101

INTRODUCTION

La maternité à moindre risque est le défi majeur de toute action visant à améliorer la santé maternelle et infantile qui constitue l'une des priorités aujourd'hui [1].

Les deux dernières décennies ont coïncidé avec une augmentation rapide du taux de césarienne dans la plupart des pays, y compris ceux en voie de développement. Ainsi l'obstétricien est de plus en plus confronté aux problèmes de l'accouchement sur utérus cicatriciel [2].

L'utérus cicatriciel se définit comme un utérus porteur d'une ou de plusieurs cicatrices **à la Suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme.**

Certaines lésions du segment inférieur, par propagation d'une déchirure occulte du col, ainsi que certaines ruptures utérines élargissent encore le chapitre des utérus cicatriciels.

La survenue d'une grossesse sur un utérus cicatriciel se caractérise par son incidence élevée, ses complications multiples, son taux important de morbidité et de mortalité materno-fœtale. Parmi les complications on peut citer les dystocies dynamiques, les hémorragies de la délivrance par la présence d'un placenta praevia ou accréta et la déhiscence de la cicatrice utérine. [3]

L'existence d'une cicatrice utérine a aussi un impact psychologique non négligeable chez ces femmes. Certaines croient ne plus pouvoir procréer parce qu'elles se sentent diminuées, handicapées, d'autres ont plutôt peur d'en avoir à nouveau, se souvenant « du terrible épisode ». Cette anxiété vécue pendant tout le temps de la grossesse

ne s'estompera qu'après un accouchement sans complication, par voie basse ou haute. La femme aura alors confiance et assumera ses prochaines grossesses tout en suivant les conseils de l'obstétricien [4].

La grossesse et l'accouchement sur utérus cicatriciel, sont donc considérés à haut risque, surtout dans les pays en voie de développement où la tocographie et le monitoring foetal sont rares, les radiopelvimétries font défaut, les indications de la cicatrice utérine, le type d'incision, les suites post opératoires sont le plus souvent inconnus [5].

L'utérus cicatriciel est un facteur indirect de mortalité maternelle. Dans les pays développés cette mortalité est surtout due à l'hémorragie de la délivrance tandis que dans le tiers monde elle incombe à la rupture utérine [4].

L'accouchement sur utérus cicatriciel est une éventualité de plus en plus fréquente en raison de l'augmentation des taux de césarienne [6].

L'aphorisme de **CRAGNIN**, datant de 1916 «césarienne une fois, césarienne toujours» est certes remis en cause depuis longtemps, mais la césarienne itérative de principe sur utérus cicatriciel reste encore fréquente, surtout aux Etats unis [7]

L'incidence de la grossesse dans un utérus cicatriciel n'a cessé de s'accroître dans le monde ces dernières années en raison de l'augmentation du taux de césarienne et de développement de la chirurgie plastique utérine et utero tubaire. En Afrique et plus particulièrement au Mali, cette incidence élevée serait surtout en rapport avec les dystocies osseuses chez les adolescentes (bassin

immature) le plus souvent sujettes à des mariages précoces; mais aussi aux progrès de l'obstétrique et de la gynécologie permettant l'accès facile à la césarienne [8]

L'essai d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel a pris un essor important au début des années 1980. Ses indications se sont étendues en vue de réduire le taux de césariennes itératives.

Toutes les études s'accordent actuellement pour reconnaître les bénéfices de l'épreuve d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel en terme de réduction de la mortalité, de la morbidité et d'économie de santé. Mais la nécessité d'une surveillance électronique, cardiotocographique au cours du travail a longtemps limité l'utilisation de l'épreuve utérine dans la pratique obstétricale africaine [2]

La césarienne est la cause la plus fréquente de cicatrice utérine.

Au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako, l'accouchement par voie naturelle chez les parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel est privilégié, et ceci après avoir éliminé toute cause permanente de césarienne (bassin rétréci). La césarienne est systématique après deux césariennes antérieures.

Face à ces constats nous avons initié ce travail afin de faire le point sur **l'étude de l'accouchement sur utérus cicatriciels**.

Ainsi nous nous sommes fixés les objectifs suivants:

OBJECTIFS

1-Objectif général :

Etudier l'accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de la Commune VI du District de Bamako

2-Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des accouchements sur utérus cicatriciel pendant la période d'étude ;
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des parturientes;
- Identifier les caractéristiques cliniques associées aux utérus cicatriciels;
- Préciser les indications de césarienne prophylactique sur utérus cicatriciel;
- Apprécier le pronostic materno-fœtal;
- Faire des recommandations

GENERALITES

I. Définition de l'utérus cicatriciel :

L'utérus cicatriciel est un utérus porteur en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, d'une ou de plusieurs cicatrices myométriales à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme. Cette définition exclut les cicatrices uniquement séreuses ou muqueuses comme on peut les rencontrer lors de certaines myomectomies pour myomes sous-séreux, de cure de synéchies ou de résection de polypes perhystéroscopiques sans effraction du myomètre. [3].

On parle d'un utérus uni cicatriciel lorsque l'utérus est porteur d'une seule cicatrice, bi cicatriciel (deux cicatrices), tri cicatriciel (trois cicatrices)....

Nous ne prenons en compte dans notre étude que des parturientes porteuses d'utérus cicatriciel (cicatrice de césarienne).

II- UTERUS GRAVIDE.[9;10]

A. Modifications anatomiques :

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.

Anatomiquement, l'utérus grévide comprend trois parties:

- Le corps.
- L'isthme qui devient le segment inférieur au 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- Le col.

1. Le corps utérin:

a) 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^{ème} mois, son fond déborde le bord supérieur du pubis.

A la fin du 3^{ème} 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 retrouve à (Voir tableau ci-dessous):[11]

Tableau I: dimension de l'utérus gravide

Age de la grossesse (SA)	Hauteur de l'utérus (cm)
20	17
23	20
28	24
32	27
36	30
40	33

▪ **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^{ème} ou 3^{ème} mois.

A terme la direction de l'utérus dans le sens antéro-postérieur, 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 50 g. 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 ml ; à terme elle est de 4 à 5 l.

▪ **Epaisseur:**

Au début, la paroi utérine s'hypertrophie. Son épaisseur passe d'un centimètre en dehors de la grossesse à près de 2,5 cm à 3 mois. Elle atteint son développement maximum vers le 4^{ème} 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 continue 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 ramollit pendant la grossesse.

Rapports (fig. 1 et 2)

Au début de la grossesse, les rapports de l'utérus encore pelvien sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse.

A terme, l'utérus est abdominal:

- En avant: sa face antérieure répond directement à la paroi abdominale sans interposition d'épiploon ou d'anses grêles chez la femme indemne d'opération abdominale.

- Dans sa partie inférieure: elle entre en rapport avec la vessie lorsque celle-ci est pleine.
- En arrière, l'utérus est en rapport avec :
- La colonne vertébrale flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte
- Les muscles psoas croisés par les uretères
- une partie des anses grêles.
- En haut: le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut entrer en rapport avec les fausses côtes. A droite, il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire.
Le fond répond à la 1^{ère} ou à la 2^{ème} vertèbre lombaire.
- Latéralement: le bord droit regarde en arrière, il entre en contact avec le cæcum et le côlon ascendant.
Le bord gauche, plus antérieur, répond à la masse des anses grêles refoulées et, en arrière, au côlon descendant. Les éléments qui se

fixaient sur la corne utérine non gravide se trouvent sur l'utérus à terme plus bas sur les bords latéraux, les trompes sont reportées plus en avant, les ligaments utéro-ovariques plus en arrière.

Les ligaments utérins:

Ils s'hypertrophient au cours de la grossesse.

Les ligaments ronds ne commencent à s'hypertrophier que vers le 4^{ème} mois quand l'utérus s'élève dans l'abdomen. Ils s'allongent jusqu'à 4 fois leur longueur, s'épaississent 3 à 4 fois et leur résistance à la traction s'accroît, elle peut atteindre 40 kg (LANGREDER).

Les ligaments utéro-sacrés ascensionnent.

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

Ht

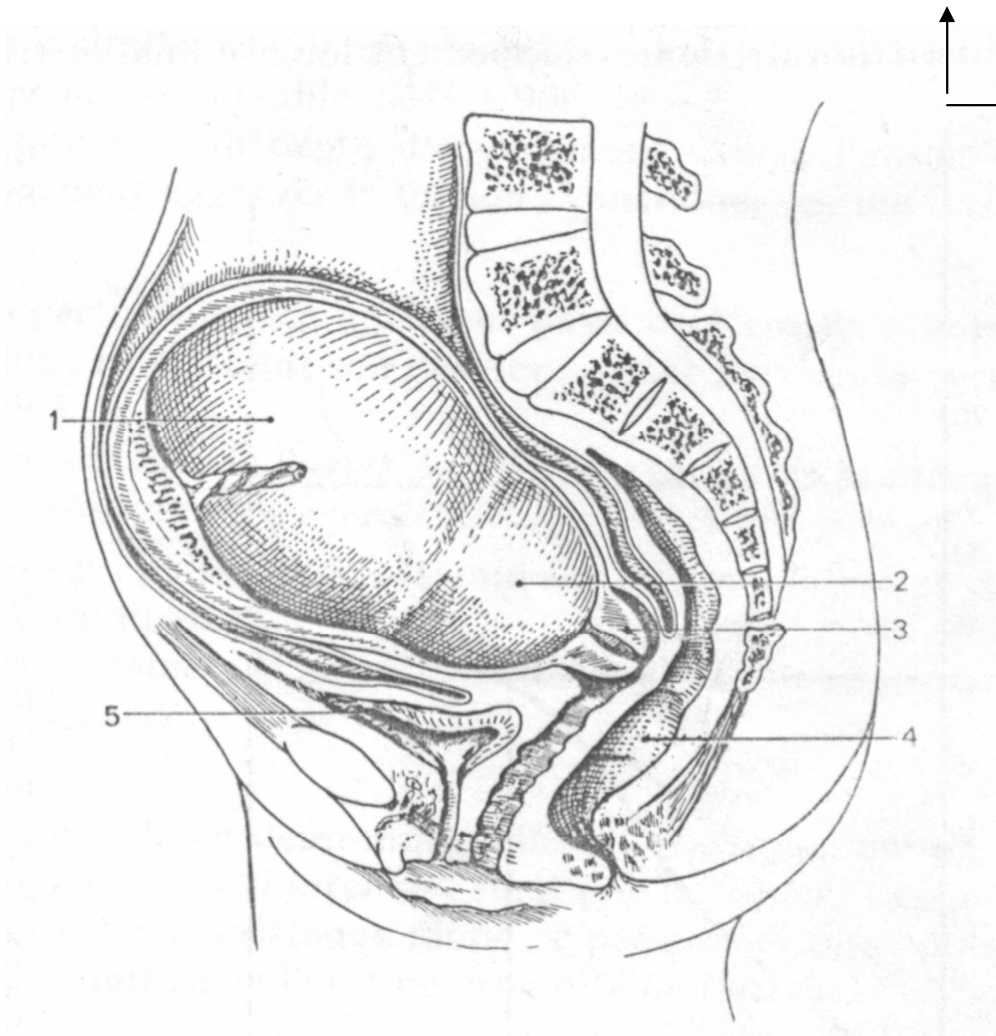
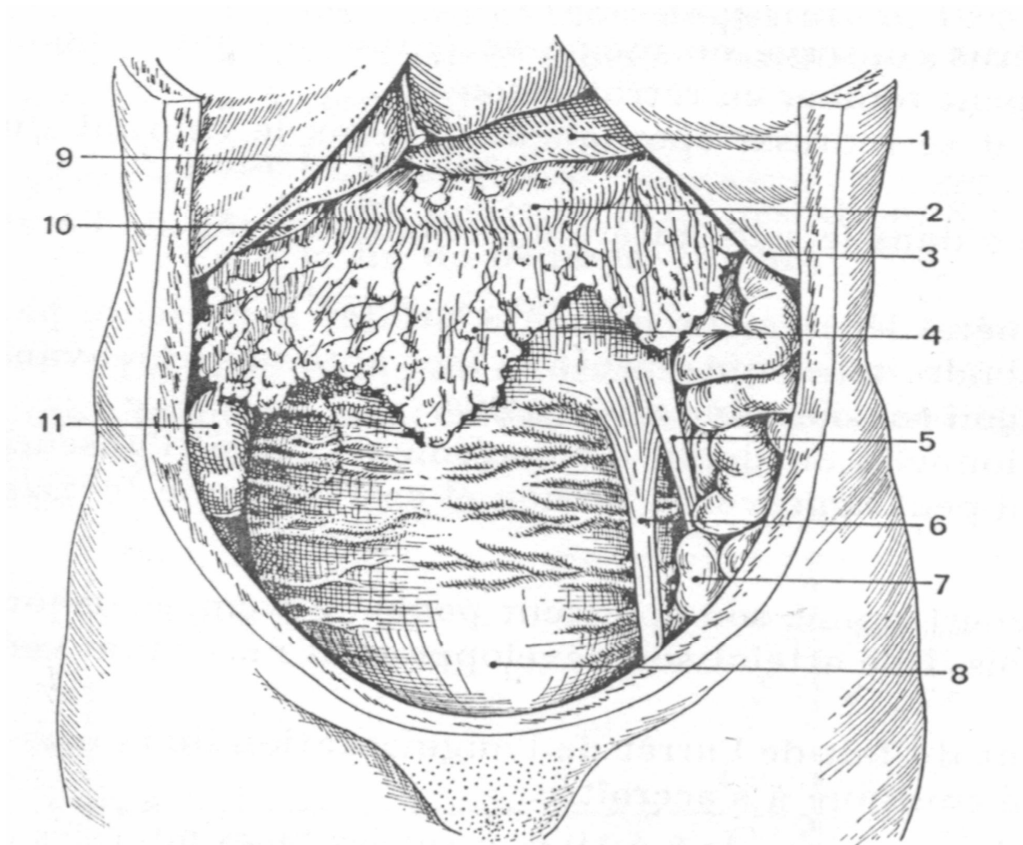


Figure 1[319 in 12] :Les trois segments de l'utérus gravide.

1. corps;
2. Segment inférieur;
3. Col;
4. Rectum;
5. Vessie



Figur

e2 : [321 in 12]:Utérus gravide de 8 mois environ. Rapports antérieurs.1.estomac - 2. Côlon transverse - 3. Rebord costal - 4. Grand épiploon
5. Trompe gauche - 6. Ligament rond - 7. Anse sigmoïde - 8. Segment inférieur - 9. Le foie - 10. Vésicule biliaire - 11. Caecum.

b) Structure:

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

▪ **La séreuse:**

Elle 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 ces deux régions est appelée ligne de solide attache du péritoine.

▪ **La musculuse:**

Elle est constituée de trois couches de fibres lisses qui ne peuvent être mises en évidence que sur l'utérus distendu.

L'utérus distendu est formé par une cinquantaine de couches de faisceaux circulaires formant des plans superposés, qui sont répartis en deux assises de faisceaux circulaires superposés externe et interne. Elles forment la partie contractile de l'organe. Entre ces deux assises existe une couche plus épaisse de fibres entrecroisées dite couche plexiforme.

La couche externe, sous séreuse, est renforcée par des faisceaux musculaires longitudinaux, superficiels, minces et discontinus.

Le développement du muscle utérin gravide tient à la fois à l'hypertrophie de ses fibres musculaires, à l'apparition de fibres néoformées, à la transformation musculaire de fibres conjonctives du chorion de la musculuse.

Près du terme, le taux de tissus musculaires atteint 69 % au niveau du corps utérin alors qu'il reste à 10 % au niveau du col.

▪ **La muqueuse:**

Dès l'implantation, la muqueuse se transforme en caduque.

Au cours des quatre premiers mois, la muqueuse s'hypertrophie au point d'atteindre 1 cm d'épaisseur. On y retrouve deux couches :

- Une couche superficielle, caduque.
- Une couche profonde et spongieuse qui servira après l'accouchement à la régénération de la muqueuse.

A la fin du 4^{ème} mois, la caduque s'atrophie et son épaisseur diminue progressivement jusqu' à atteindre 1 mm à terme

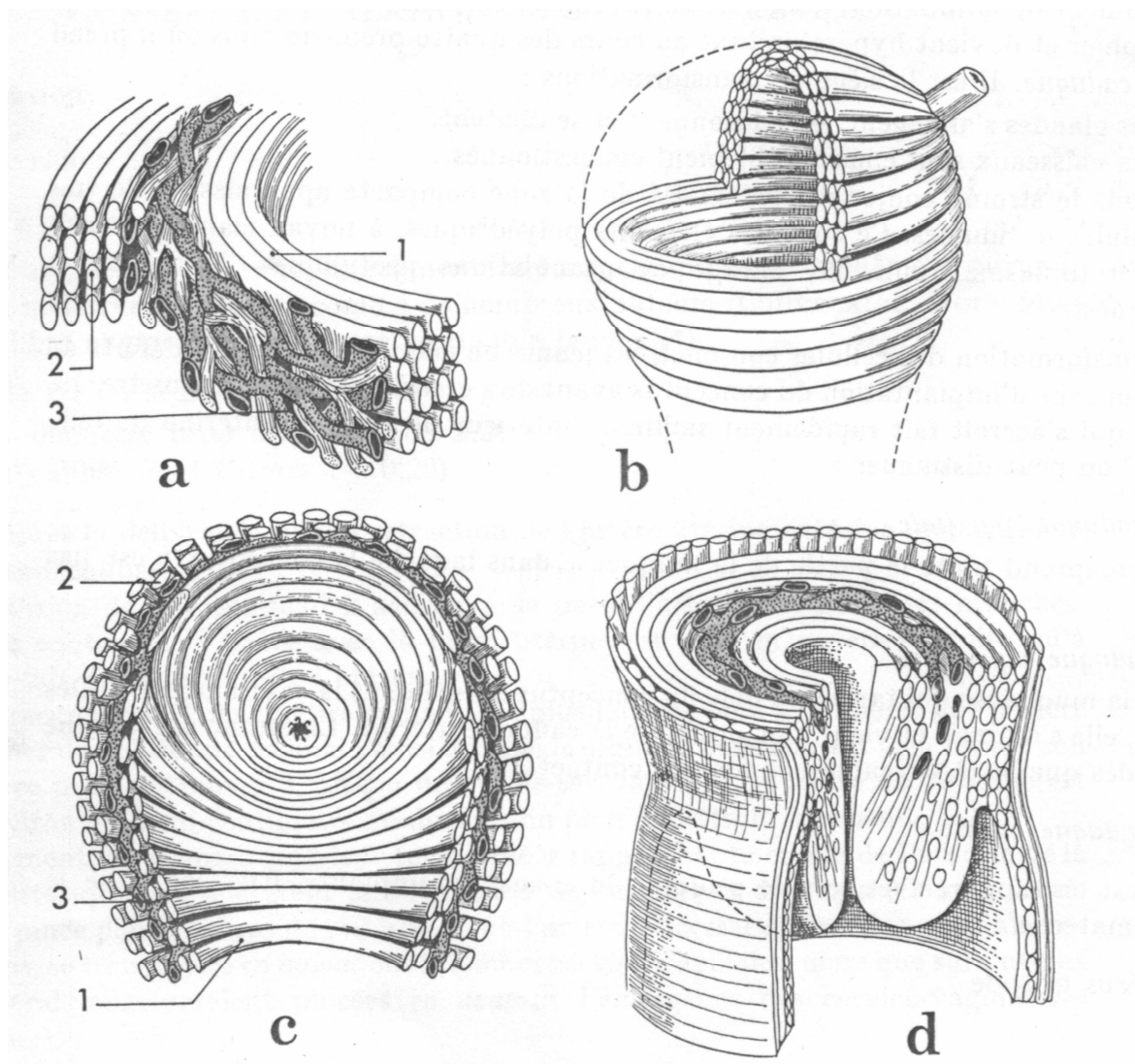


Figure 3 : [332 in 12] : Structure du myomètre (De TOURRIS et KAMINA).

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

Le segment inférieur est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme, situé entre le corps et le col utérin.

C'est une entité anatomique et physiologique qu'acquiert l'utérus gravide au cours de la gestation ; anatomiquement mal définie car sa forme, son étendue et ses limites sont variables. Sa minceur, sa moindre richesse en vaisseaux sanguins, en font une région de choix non seulement pour l'incision au cours des césariennes, mais encore pour les ruptures utérines.

a) Anatomie macroscopique:

▪ **Forme:**

Il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col se situe sur la convexité, mais assez en arrière, de sorte que la 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.

▪ **Situation:**

Il occupe, au-dessus du col, le tiers inférieur de l'utérus. (Fig1)

▪ **Caractères:**

Son caractère essentiel est sa minceur de 2 à 4 mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation (réalisé au maximum dans la présentation du sommet engagé). Cette minceur, traduisant l'excellence de la formation du segment inférieur, est la marque de l'eutocie. La bonne ampliation du segment inférieur, appréciée cliniquement, est donc 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 la césarienne segmentaire longitudinale. (fig. 5)

▪ **Limites:**

La limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, bien visible après hystérotomie lors de l'opération césarienne pratiquée avant le travail.

La limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi, qui augmente assez brusquement en devenant corporeale. Cet épaissement donne l'impression d'un anneau musculaire, surtout au moment de la contraction et plus encore après l'expulsion du fœtus.

▪ **Origine et Formation:**

Le segment inférieur se développe aux dépens de l'isthme utérin, zone ramollie 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 cicatrices de césariennes segmentaires au niveau du col (MAHON).

▪ **Rapports (fig. 4)**

- **En avant:** Le segment inférieur est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décollable, alors qu'il adhère au corps. Cette disposition permet de réaliser une bonne protection péritonéale de la cicatrice utérine dans la césarienne segmentaire. Le péritoine, après avoir formé le cul-de-sac vésico-utérin, tapisse la face postéro-supérieure de la vessie, puis devient pariétale, 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 ascensionne généralement en fin de gestation. Par ailleurs, les adhérences entre vessie et 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.

La dextro-rotation de l'utérus expose le pédicule utérin gauche aux lésions des ruptures utérines et au cours des césariennes transversales.

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

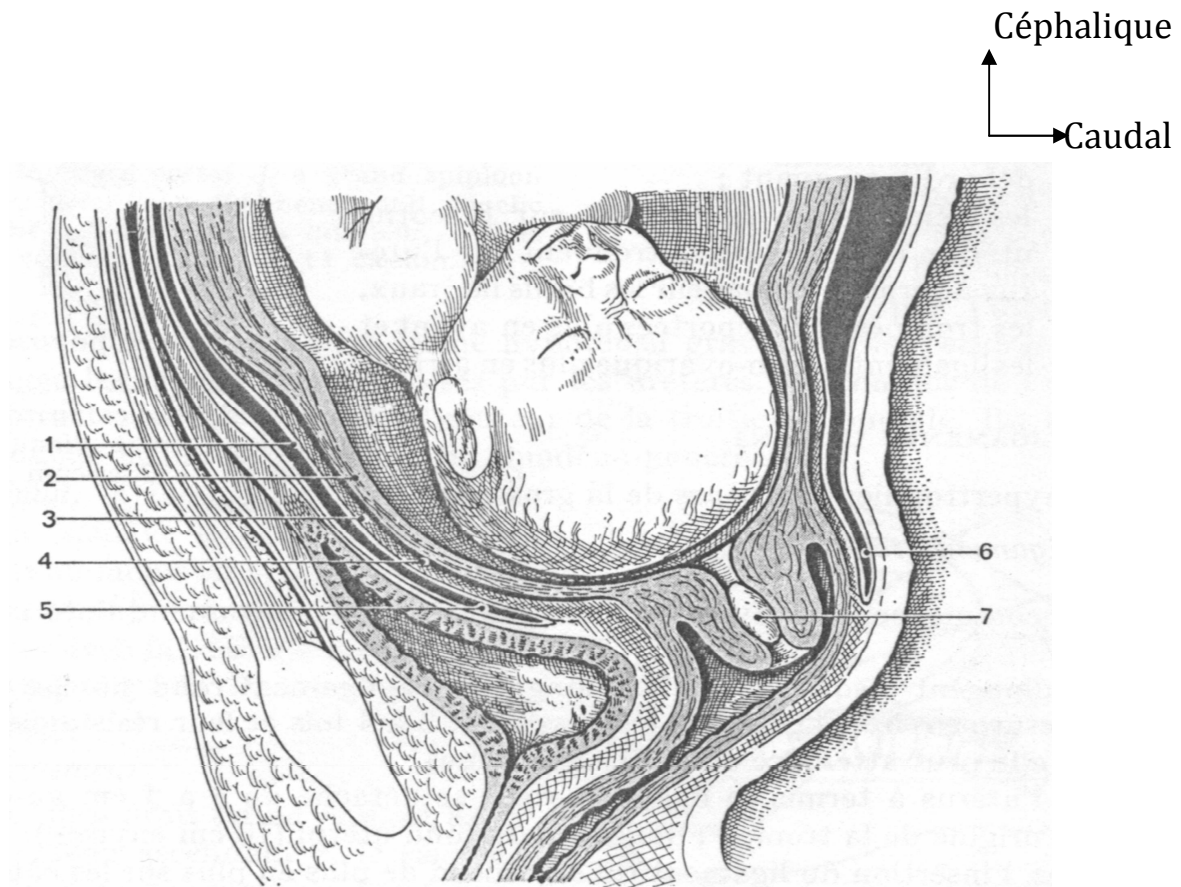


Figure 4 : [324 in 12]:Segment inférieur (coupe sagittale). 1. péritoine pré segmentaire - 2. Segment inférieur - 3. Tissus cellulaires - 4. Fascia pré-segmentaire - 5. Cul-de-sac vésico-segmentaire - 6. Cul-de-sac recto-utérin - 7. Bouchon muqueux.

b) Structure:

Le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques, en rapport avec son extensibilité. La musculature est mince, faite d'une quinzaine de couches musculaires.

La muqueuse se transforme en mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.

Sur le plan architectural, la couche plexiforme n'existe donc pas au niveau du segment inférieur.

c) Applications pratiques:

Le segment inférieur a une grande importance sur le plan clinique, physiologique et pathologique.

Cliniquement, sa bonne formation, sa minceur et sa façon de mouler la présentation permettent de juger la qualité de l'accommodation donc de porter le pronostic de l'accouchement.

Du point de vue physiologique, c'est un organe passif se laissant distendre qui achemine les contractions du corps vers le col. Il épouse la présentation dans l'eutocie en s'amincissant progressivement; tandis que dans la dystocie il reste flasque, épais et distant de la présentation.

C'est une zone de transmission, d'accommodation et d'effacement.

Sur le plan pathologique, c'est le lieu de prédilection pour les ruptures utérines, et le point d'insertion des placentas prævia.

3. Le Col de l'utérus:

Le col se modifie peu pendant la grossesse.

a) Anatomie macroscopique:

Son volume et sa forme ne changent pas.

Sa situation et sa direction ne changent qu'à la fin de la grossesse, lorsque la présentation s'accommode ou s'engage. Il est alors reporté en bas et en arrière, c'est alors qu'au toucher vaginal on le perçoit vers le sacrum.

Sa consistance : le col se ramollit au bout de quelques semaines de grossesse, mais cette modification peut manquer de netteté.

L'état des orifices ne varie pas. Ils restent fermes jusqu'au début du travail chez la primipare.

Chez la multipare l'orifice externe est souvent entrouvert; l'orifice interne peut lui aussi être perméable au doigt dans les derniers mois, il peut même être franchement dilaté, et le col, alors, s'incorpore plus ou moins au segment inférieur; ce phénomène est parfois désigné sous le nom de mûrissement du col.

b) Structure:

Le col est formé essentiellement de tissu conjonctif qui est composé de fibres de collagène et d'une substance fondamentale. La cohésion des fibres de collagène assure au col sa rigidité et l'empêche de se dilater.

Par ailleurs, il est pauvre en tissu musculaire (6,4 % dans son 1/3 inférieur, 18 % dans son 1/3 moyen et 29 % dans son 1/3 supérieur). Ce tissu musculaire est réparti en plusieurs couches circulaires.

La muqueuse ne subit pas de transformation déciduale. Ses glandes sécrètent un mucus abondant qui se collecte dans le col sous forme

d'un conglomérat gélatineux, le bouchon muqueux. Sa chute, à terme, annonce la proximité de l'accouchement.

Quelques jours avant le début du travail survient la maturation dont la résultante est une augmentation de la compliance du col qui peut alors se distendre. Au moment du travail, sous l'effet des contractions utérines, le canal cervical s'évase progressivement. [13]

B. VASCULARISATION DE L'UTERUS GRAVIDE:

1. Les artères:

Branches de l'artère utérine, elles augmentent de longueur mais restent cependant flexueuses. De chaque côté, elles s'anastomosent entre elles, mais non avec celles du côté opposé.

Il existe une zone médiane longitudinale peu vascularisée qui est empruntée par l'incision de l'hystérotomie dans la césarienne corporéale.

Dans l'épaisseur du corps, elles parcourent les anneaux musculaires de la couche plexiforme, deviennent rectilignes, s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire.

Le col est irrigué par les artères cervico-vaginales qui bifurquent pour donner deux branches : une branche antérieure et une branche postérieure avant de pénétrer dans son épaisseur.

Cette disposition permet la dilatation du col.

2. Les veines:

Elles sont considérablement développées et forment les gros troncs veineux latéro-utérins. Ceux-ci collectent les branches corporéales réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche plexiforme.

Après la délivrance, les branches corporeales sont soumises à la rétractilité des anneaux musculaires.

3. Les lymphatiques:

Nombreux et hypertrophiés, ils forment trois réseaux communiquant largement entre eux.

Ce sont les réseaux: muqueux, musculaire et sous-séreux.

C. INNERVATION:

Deux systèmes sont en jeu:

1. 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.

Les zones sous-péritonéales (ligaments ronds, ligaments larges, douglas) sont pourvues de corpuscules sensoriels, importants dans la genèse de la douleur viscérale et des multiples réflexes à points de départ génito-urinaire.

2. 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, sympathiques ou nerfs splanchniques pelviens qui s'unissent aux centres médullaires de D11 à D12.
- des racines sacrées, de nature parasympathique.

Parmi les multiples rameaux émanant des plexus hypogastriques inférieurs, on ne retiendra que :

Les voies sensibles remontent le long des utéro-sacrés vers le nerf pré-sacré.

Les voies motrices, plus discutées, empruntent les voies du parasymphatique pelvien.

III- PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS GRAVIDE:

L'utérus se contracte d'un bout à l'autre de la grossesse.

Au début les contractions utérines sont espacées, peu intenses et indolores.

Elles sont infra-cliniques. Ce sont les contractions de Braxton Hicks.

En fin de grossesse ou au cours du travail elles se rapprochent, deviennent plus violentes ou douloureuses.

Les contractions utérines résultent du 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 a un double but:

- La dilatation du col.
- L'accommodation fœto-pelvienne.

1. La dilatation du col:

C'est le temps le plus long de l'accouchement. Il comprend plusieurs étapes:

a) 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 aux dépens de l'isthme utérin démusclé, élastique, aminci qui s'individualise nettement du reste de l'utérus; le segment inférieur formé s'émoule alors sur la présentation par sa tonicité et son élasticité, rendant la présentation immobile: c'est l'adaptation foeto-segmentaire.

b) Phase concomitante :

Se caractérise par:

- Le décollement du pôle inférieur de l'œuf et
- La formation de la poche des eaux.

c) Phase de réalisation: c'est celle de la dilatation proprement dite. L'effacement et la dilatation du col nécessitent un certain nombre de conditions qui sont:

- La présence de bonnes contractions utérines,
- Un segment bien formé qui transmet les forces à un col «préparé».
- Une présentation adéquate qui plonge dans un bassin normal,
- Une bonne accommodation foeto-pelvienne.

d)L'accommodation: comprend:

- L'engagement: c'est le franchissement de l'aire du détroit supérieur par la présentation,
- 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 du fœtus ait lieu. Ils sont associés aux contractions utérines.

Les contractions utérines sont 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 la délivrance.

IV- LA CICATRICE UTERINE:

1-Etat de la cicatrice [14]

La cicatrice utérine, du fait de sa nature fibreuse prédominante, représente la zone de fragilisation électorale de l'utérus cicatriciel. 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 mauvaise qualité. Ces fibres musculaires réalisent microscopiquement des faisceaux musculaires lisses dissociés et fragmentés.

Ces phénomènes admirablement étudiés par Ruiz-Velasco [67 in 8] 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 à la rareté des éléments vasculaires [67 in 8].

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 -Etiologie:

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

3-Interventions chirurgicales:

a) Obstétricales:

- Césarienne:

C'est la plus fréquente des causes d'utérus cicatriciel. Elle peut être segmentaire ou corporéale ou encore segmento-corporéale. 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-corporéales ainsi que la mini-césarienne pour avortement thérapeutique du 2^{ème} trimestre qui, elle aussi, est corporéale [15]

- 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 en segmento-corporéale.

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. [15]

Toutefois dans l'hystérotomie segmentaire, 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. [15]

b) 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 la 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 capitonnée par des points versants dont les chefs auront été laissés libres dans la cavité utérine, s'interposant ainsi entre les deux parois utérines. [15]

La seule notion de myomectomie est insuffisante et on se doit de vérifier sur le compte-rendu opératoire : le siège, la taille, le nombre des myomes, ainsi que le nombre de cicatrices nécessaire à leur extirpation. Enfin on tiendra compte de la complexité de l'hystéroplastie secondaire qui a été nécessaire [15]

□ **Hystéroplastie:**

-**Intervention de Strassman: (1907):** Indiquée dans les malformations utérines de type utérus bicornes notamment celles uni-cervicaux; d'abord vaginale puis reproduite par voie abdominale, elle consiste en une incision en « V » des faces médiales des deux cornes utérines dans le plan frontal suivie 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 suffit le plus souvent à obtenir la naissance vivante désirée. [16]

- **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 consiste en une incision sagittale médiane de l'utérus jusqu' au bout inférieur de la cloison; les deux héli-cloisons ainsi formées sont sectionnées 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 couvert d'un simple cerclage de l'ordre de 50 %, faisait cependant reculer l'indication opératoire après la survenue de 2 à 3 avortements caractéristiques. [16]

Ces méthodes ne contre-indiquent pas la voie basse; et actuellement dans les centres bien équipés, la chirurgie per-hystéoscopique tend à réduire considérablement leur fréquence assurant ainsi une parfaite intégrité du myomètre. [15]

□ **Réimplantations tubaires et Salpingectomies**

Sont très souvent causes de rupture utérine précoce survenant la plupart du temps pendant le 2^{ème} 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 la 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**

Ruptures utérines : Elles sont soit spontanées, soit provoquées.

□ **Ruptures spontanées:**

Ce sont en général le tribut des grandes multipares à cause de la fragilisation de leur paroi utérine. Elles surviennent aussi dans les dystocies mécaniques et dynamiques, les obstacles praevia, les travaux prolongés, les disproportions foeto-pelviennes, 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.

V – COMPLICATIONS:

1. Rupture utérine:

La rupture utérine correspond anatomiquement à une solution de continuité non chirurgicale intéressant la totalité de la paroi utérine (muqueuse, musculuse et séreuse).

On distingue des ruptures utérines:

- Incomplètes sous-séreuses, encore appelées déhiscences

- Ruptures complètes.

Les ruptures complètes correspondent à une désunion des 2 berges de la cicatrice entraînant une déchirure des 3 tuniques (muqueuse, musculuse et séreuse) de la paroi utérine. Les membranes ovulaires sont également rompues et le fœtus est souvent expulsé dans la grande 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 développement malgré la prédominance des césariennes segmentaires.

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 réalisation quasi exclusive de césariennes segmentaires.

Actuellement, dans les pays développés, le nombre de ruptures asymptomatiques 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 classique 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. [8]

2. Placenta prævia:

Bien que la rupture utérine soit la complication la plus redoutée chez les patientes enceintes et porteuses d'un utérus cicatriciel, le

risque d'une implantation anormale du placenta avec ses conséquences hémorragiques parfois désastreuses est à ne pas méconnaître.

Ces placentas praevia sont localisés le plus souvent sur la face antérieure de l'utérus. Un placenta praevia antérieur sur un utérus cicatriciel est une indication de césarienne itérative systématique avant tout début de travail.

Le risque d'un placenta accréta doit toujours entraîner l'équipe obstétricale à intervenir avec d'excellente voie d'abord veineux, du sang compatible tenu à disposition, une numération globulaire satisfaisante avant l'intervention et un nombre suffisant d'opérateurs, l'un pouvant être amené à comprimer l'aorte si nécessaire le temps d'assurer l'hémostase. [15]

VI- DIAGNOSTIC DES DIFFERENTES COMPLICATIONS:

1- Rupture utérine sur utérus cicatriciel:

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, à l'examen les bruits du cœur foetal ont disparu, l'utérus a changé de forme; parfois à côté de lui, on perçoit le foetus sous la paroi.

Le choc hémorragique est dans la plupart des cas, rare. Il y aura 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 douleurs diffuses 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 mené de façon minutieuse.

L'aspect clinique frustre doit faire insister sur la nécessité d'une révision utérine de prudence ou au moindre doute, et même d'une manière systématique après l'accouchement le plus banal soit-il sur un utérus cicatriciel ou fragilisé.

2- Rupture utérine et placenta accréta:

La patiente présente un long passé de douleurs abdominales ayant évolué par poussées au cours de 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 utérine.
- ⊗ Après une manœuvre qui, laborieuse au début, devient brusquement facile.
- ⊗ lorsque tous les signes cliniques sont réunis: choc hémorragique, bruit 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.

VII- CONDUITE A TENIR LORS D'UN NOUVEL ACCOUCHEMENT :

La conduite de l'accouchement sur utérus cicatriciel s'appelle l'épreuve utérine. Elle expose au risque de rupture utérine avec ses conséquences fœtales (souffrance fœtale aiguë, 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 rupture utérine varie entre 0 et 1 % sans retentissement fœtal. [17]

Le praticien doit d'abord se demander si l'accouchement peut se dérouler par les voies naturelles. Il doit ensuite se poser la question, quelles sont les règles à observer, suite à l'accouchement par voie basse.

- **la voie haute** : 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.

- la voie basse : Alors même que l'accouchement par les voies naturelles a été jugé 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 de signes pouvant faire redouter une rupture: endolorissement permanent, douleurs provoquées dans la région sous-pubienne, perte de sang etc.

Le déclenchement du travail est contre-indiqué chez la femme déjà césarisée dans certaines écoles.

1 - La césarienne prophylactique [18]

a- Les indications

Elles sont liées au bassin, à la cicatrice utérine et à la grossesse en cours.

a-1) Les rétrécissements pelviens

Les bassins chirurgicaux sont bien sûr une indication de 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 liée, certes au rétrécissement, mais aussi 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 sont pas une indication de césarienne prophylactique

itérative, si la confrontation céphalo-pelvienne clinique, radiologique et échographique est favorable.

a-2) La cicatrice utérine:

Elle peut être *a priori* de mauvaise qualité et justifier d'une césarienne, qu'il s'agisse de:

- ☞ Cicatrices corporéales ou de cicatrices segmentaires avec trait de refend corporéal,
- ☞ Cicatrices des mini- césariennes pour interruption tardive de grossesse ou, perforations utérines d'IVG, compliquées d'infection : fièvre élevée et persistante, suppuration, lochies fétides, rejet de débris sphacéliques;
- ☞ Cicatrices utérines multiples (par exemple la césarienne+ myomectomie ou myomectomies multiples),
- ☞ Cicatrice de césarienne sur un utérus mal formé
- ☞ Cicatrice de la classe IV de Poitevin, c'est à dire dont le diverticule mesuré sur l'hystéroggraphie fait plus de 6 mm où présente un trajet fistuleux.
- ☞ Patientes ayant eu une complication infectieuse pelvienne prouvée à l'issue de la césarienne antérieure.
- ☞ Cicatrices utérines dont on ignore l'indication, la technique de réalisation, les suites, surtout si elles ont été réalisées dans un pays où la densité médicale est faible.

a-3) La grossesse actuelle:

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

- Une surdistension 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 difficultés particulières même après trois césariennes.

La question de stérilisation tubaire doit toujours être abordée avec la patiente et son conjoint lorsqu'on réalise une 2^{ème} et surtout 3^{ème} césarienne.

L'état de la cicatrice, la découverte d'une pré rupture ou d'importantes adhérences 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; quatre voire cinq césariennes 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 3^{ème} césarienne doit être envisagée avec beaucoup de réticence chez les patientes de moins de 30 ans.

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 sont :

- La rupture utérine
- Souffrance fœtale aigüe
- Echec

Le maître mot est la vigilance. L'obligation de se donner tous les moyens de surveillance disponibles est une règle intangible

a-1) 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 [15] :

- Une césarienne antérieure purement segmentaire avec des suites opératoires simples. L'hystérogaphie faite en dehors de la grossesse, au moins 6 mois après l'accouchement peut 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 sacculatation. 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 foeto-pelvienne favorable.
- L'absence de surdistension utérine notable (hydramnios, grossesses multiples)
- Une présentation du sommet
- Un placenta non inséré sur la cicatrice
- L'absence de dystocie surajoutée
- Un centre obstétrical avec une infrastructure adaptée et une équipe obstétricale qualifiée
- L'accord de la patiente; bien que cela consiste à informer plutôt qu'à prendre l'avis de la patiente.

a-2 Les cas limites:

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 pas 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)[18]

b - Conduite de l'épreuve utérine:[17]

b-1) 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 révèle 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 normal car les premiers signes de la rupture utérine peuvent n'être qu'une modification du rythme cardiaque fœtal.

□ **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 est évocatrice
- Un saignement vaginal est inconstant mais également évocateur, 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 aiguë, la tachycardie maternelle, l'état de choc avec hématurie réalisent des tableaux évidents et tardifs.

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

b-2) Evolution du travail dans l'épreuve utérine:

Elle est favorable le plus souvent car toutes les disproportions foeto-pelviennes ont été exclues; de ce fait le taux de césariennes au cours de l'épreuve utérine est diminué.

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 ocytociques nécessitent la tocographie interne.

En l'absence de cette technologie, le diagnostic peut parfois passer inaperçu et la prescription d'ocytocique 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 cas de stagnation de la dilatation pendant deux heures ou de 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 rupture 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'une pré rupture.

b-3) 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.

b-4) 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 la plus grave et impose toujours la laparotomie.

Le diagnostic est évident. Lors de la révision utérine, la brèche est très facilement perçue avec le doigt, l'extension vers les pédicules utérins est évidente s'il existe un volumineux hématome rapidement extensif.

On recherche une brèche vésicale avec le doigt. Lors du sondage qui 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 décalotté, 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 sûr lié. La suture est faite comme dans les césariennes. On vérifie la vessie qui sera éventuellement suturée avec du fil résorbable (Vicryl). On discutera d'une ligature résection 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 six mois plus tard par une hystérogaphie. Les déhiscences étendues, admettant largement deux doigts doivent être suturées ce qui ne présente généralement pas de difficultés.

c - Les cicatrices utérines autres que la césarienne: [17]

c-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 pédiculé, 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 la 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.

c-2) L'hystéroplastie 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

le déroulement du travail impose la césarienne chez ces patientes qui n'ont habituellement pas d'enfants vivants.

c-3) Les cicatrices de salpingectomie: ou d'anastomose isthmo-interstitielle.

Elles ne constituent pas une zone de fragilisation utérine pendant le travail et les exceptionnelles ruptures utérines qui leur sont associées surviennent beaucoup plus tôt au cours de la grossesse.

c-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 utérins, aussi est-il prudent chez ces patientes de vérifier après l'accouchement, sous le contrôle de valves, l'intégrité du col.

VIII- CLASSIFICATION DES UTERUS CICATRICIELS:

1. Classification hystérosalpingographique selon Thoulon :[15]

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 retrouvé à posteriori entre les ruptures

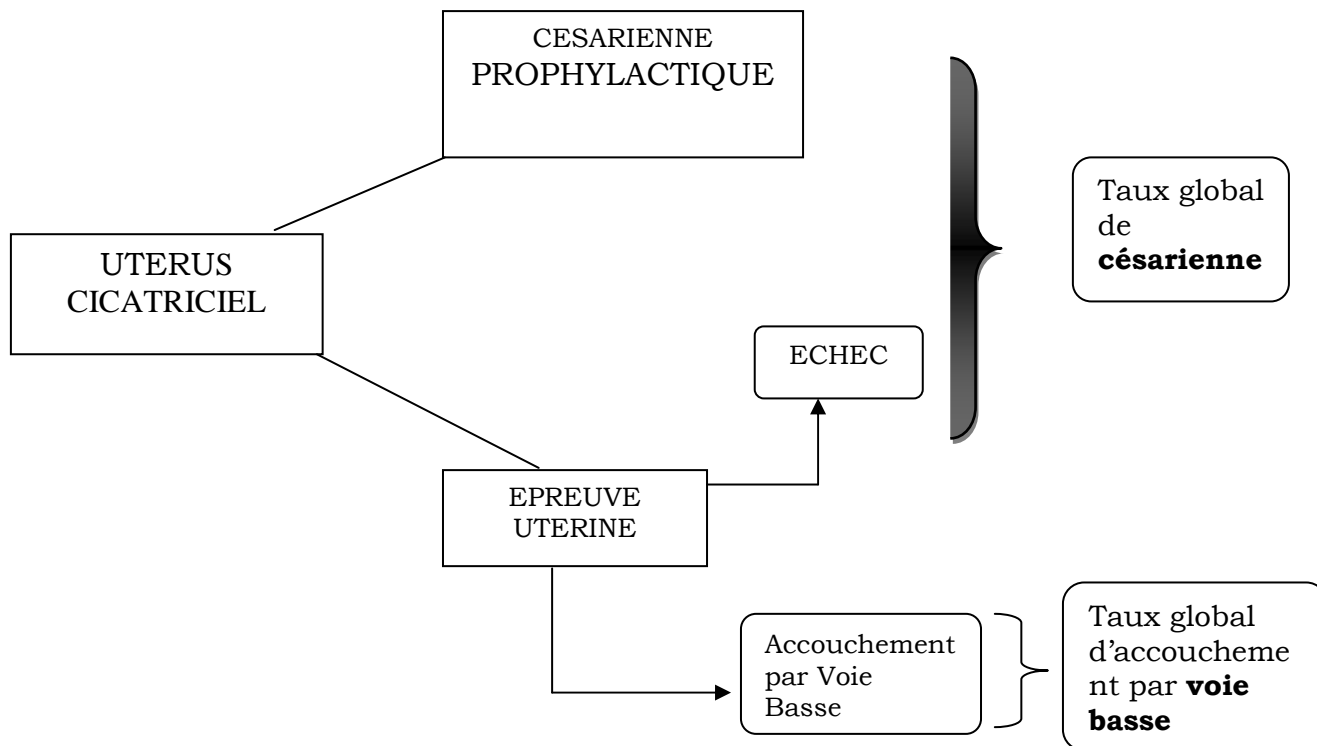
constatées et les images radiologiques font qu'il ne peut y avoir d'indication de césarienne prophylactique sur le seul argument d'une image radiologique pathologique, à l'exception, peut-être, des rares images de fistules étendues.

2. Classification échographique selon Rozenberg :[10]

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

- **Groupe1** : segment inférieur normal (supérieur à 3 mm en épaisseur et sans solution de continuité).
- **Groupe 2** : segment inférieur exclusivement inférieur à 3mm.
- **Groupe3** : 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.

Modalités d'accouchement des femmes ayant un utéruscicatriciel [17]:



METHODOLOGIE

A. CADRE D'ETUDE : Notre étude a lieu au service de Gynéco-obstétrique au CSREF Commune VI du District de Bamako

1) PRESENTATION DE LA COMMUNE

La maternité de sogoniko de son nom initial a été créée en 1980 et est située en commune VI du District de Bamako sur la rive droite du fleuve NIGER. Elle a été érigée en Centre de Santé de Référence (**CSRéf**) en **1999**. Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin **2004**.

La commune VI fut créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance N° **78-34/CMLN** du **18** Août **1978** et est régie par les textes officiels suivants :

- l'ordonnance N°**78-34/CMLN** du **28** Août **1978** fixant les limites et le nombre des Communes ;
- la loi N°**93-008** du **11** Février **1993** déterminant les conditions de la libre administration des Collectivités Territoriales ; et
- la loi N°**95-034** du **12** Avril **1995** portant code des collectivités territoriales. construction du pont des martyrs en **1960**, le pont **FHAD** en **1989** et les logements sociaux.

Les quartiers de la rive droite du fleuve Niger ont connu une expansion considérable avec la création des logements sociaux.

2) DONNEES GEOGRAPHIQUES:

Superficie (densité/km²):

La commune VI est la commune la plus vaste du district avec 94 Km², pour une population estimée à 504738 habitants en 2011.

Limites :

La Commune est limitée au Nord par le fleuve Niger, à l'Est et au Sud par le cercle de Kati et à l'Ouest par la Commune V.

Relief :

Le relief est accidenté :

- dans la partie Est de Banankabougou par Outa-Koulouni, culminant à 405 m,
- par Taman koulouno avec 386 m à l'ouest de la patte d'Oie de Yirimadio
- par Kandoura koulou , Magnambougou koulou et Moussokor kountji fara, l'ensemble culminant à 420 m d'altitude est situé à l'est de dianeguella- sokorodji
- par Dougou koulou dont le flanc ouest constitue une partie de la limite EST de la commune
- par Tién- koulou culminant à 500 m, son flanc Ouest définit également une partie de la limite Est de la commune

Climat :

Le climat est Sahélien avec une saison sèche de Février à Juin et une saison pluvieuse de Juillet à Septembre et une saison froide d'Octobre à Janvier.

La Commune connaît des variations climatiques d'année en année.

Végétation :

La végétation a connu une dégradation due à l'exploitation anarchique du bois et aux longues années de sécheresse. Elle est de type soudano - sahélien dominée par les grands arbres comme le caïcédrat, le karité, manguier.

Hydrographie :

La Commune VI est arrosée par le Fleuve Niger au nord et les marigots Sogoniko, Koumanko et Babla.

3) VOIES ET MOYENS DE COMMUNICATION :

Voies de communications (routes) :

Dans le domaine du transport, la commune est desservie par deux routes d'importance nationale:

- La RN6 : Axe Bamako - Ségou,
- La RN7 : Axe Bamako - Sikasso,

Ces deux routes nationales traversent la commune 6 et facilitent l'accès aux quartiers riverains (Banankabougou, Faladié, Senou et Yirimadio), à celles-ci s'ajoutent l'Avenue de l'OUA qui traverse Sogoniko, les trente (30) mètres traversant Faladié et Niamakoro et des voies secondaires qui désenclavent les quartiers de l'intérieur.

Moyens de transport :

La Commune est un carrefour pour le transport routier. Il existe un aéroport international à Senou à 15 km du centre ville qui assure le trafic aérien.

Moyens de télécommunication :

Le réseau de communication est constitué par le téléphone, le fax, l'Internet (les cabines téléphoniques privées et publiques et les « cybercafés »).

Toutes les stations radios libres, les trois chaînes télé (ORTM , Africable et TM2) sont captées dans la commune. Deux radio libres : Espoir et Guintan y sont implantées.

L'économie de la commune est dominée par le secteur tertiaire(**commerce, transport, tourisme,)** suivi du secteur

secondaire, malgré le rôle relativement important du secteur primaire (**agriculture, élevage, la pêche, l'artisanat, le maraîchage**).

4) DONNEES SOCIOCULTURELLES ET RELIGIEUSES :

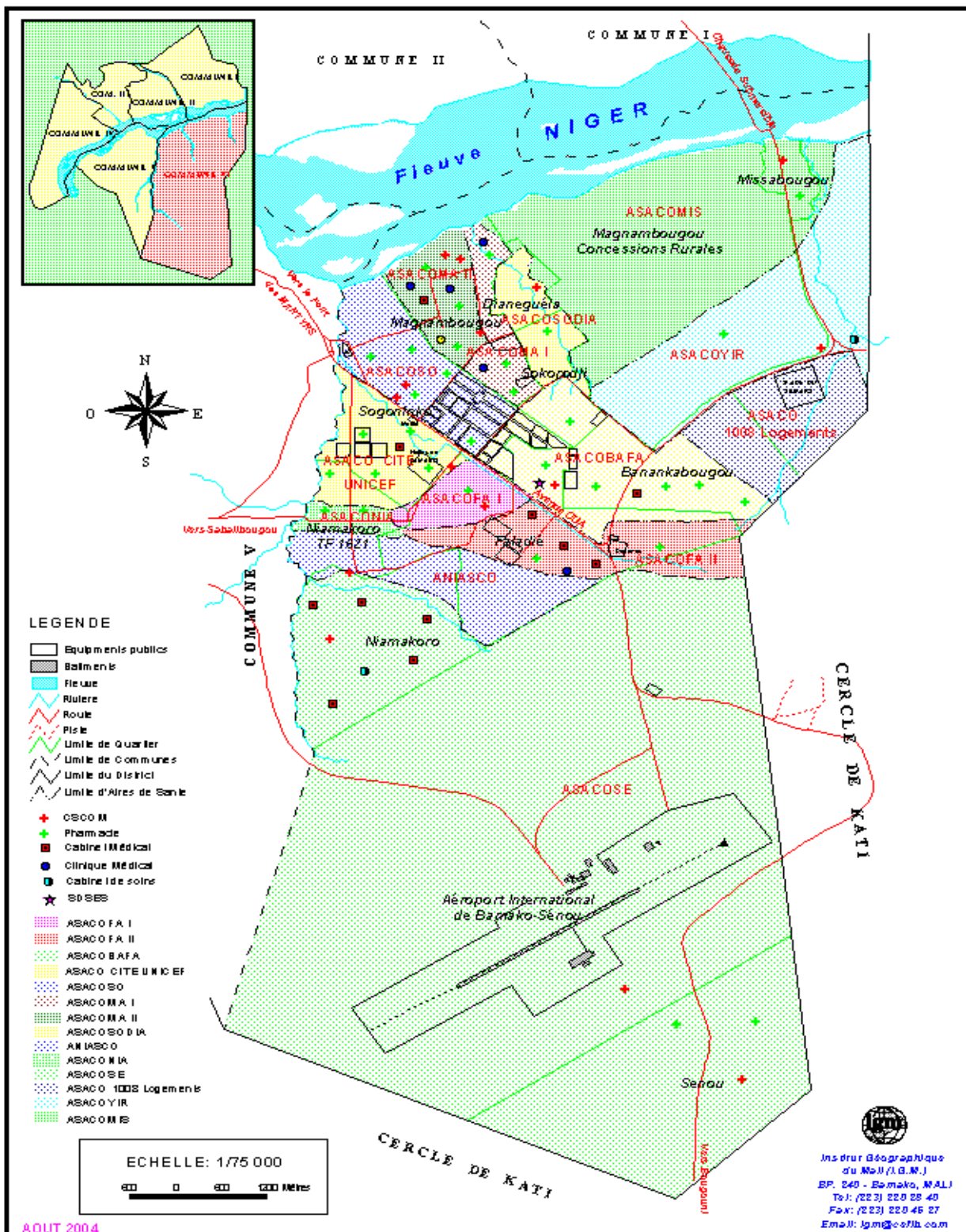
La structure sociale et culturelle reste traditionnelle.

Les notions de nobles et d'hommes de caste sont toujours vivantes au sein de la communauté.

Les pratiques et habitudes ancestrales sont toujours d'actualité ; il s'agit du : mariage traditionnel, polygamie, lévirat, sororat, cérémonies rituelles etc.

Les principales religions rencontrées dans la commune sont : l'Islam (80%), le christianisme (10%), l'animisme (10%) et leurs adeptes se côtoient.

5) Carte sanitaire de la commune CVI



6) SITUATION SANITAIRE:

La commune VI compte 10 quartiers et les cités des logements sociaux. La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par un Hopital National (Hopital du Mali), un Centre de Santé de Référence, un service social, 11 CSCOM, 35 structures sanitaires privées recensées, 1 structure mutualiste, 2 structures parapubliques, 16 tradithérapeutes et 32 officines.

Couverture géographique

Tableau II: Chronologie de la mise en place des CSComs et leurs distances par rapport au CSRéf

Nom Aire	Date de création	Quartier	Distance CSCom /csréf (en km)
ASACOMA	Septembre 1991	Magnambougou	3
ASACONIA	Janvier 1992	Niamakoro	6
ANIASCO	Janvier 1992	Niamakoro	8
ASACOBABA	Mars 1992	Banankabougou	5
ASACOSE	Décembre 1992	Senou	15
ASACOSO	Octobre 1993	Sogoninko	0.3
ASACOFA	Août 1994	Faladiè	4
ASACOYIR	Septembre 1997	Yirimadio	10
ASACOSODIA	Mars 1999	Sokorodji – Dianéguéla	6
ASACOMIS	Mars 2003	Missabougou	12
ASACOCY	Juillet 2005	Cité des logements sociaux	7

ASACOSE est le CSCOM le plus distant du CSRéf (15km)

Observations :

A chaque centre de santé communautaire correspond une aire de santé. Suivant des critères populationnels, certains quartiers ont été

divisés en 2 aires Niamakoro(ASACONIA et ANIASCO) de santé par contre d'autres se sont fusionnés pour former une aire de santé(Sokorodji –Dianéguéla).

La couverture est de 100% pour les activités du PMA dans tous les CSComs.

7) Ressources humaines :

Au niveau du CSREF. il y a les différentes catégories de personnel à savoir :

- Les fonctionnaires et les conventionnaires de l'Etat ;
- Les conventionnaires de l'INPS ;
- Les contractuels du CSREF ;
- Les contractuels de la Mairie

8) Organisation du service:

Infrastructure du service:

Le service se compose de six bâtiments :

➤ **Le premier bâtiment abrite le bloc opératoire composé de :**

- deux salles d'opération,
- une salle de réveil,
- une salle de préparation pour chirurgien,
- une salle de consultation pré-anesthésique,
- une salle de stérilisation
- deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.

➤ **Le deuxième bâtiment en étage :**

- au rez-de-chaussée :
 - Trois salles de consultation pour la médecine
 - Deux salles de consultation pédiatrique
 - Une salle de consultation diabetologique

- Trois salles d'hospitalisation pédiatriques
- Une salle de soins
- La pharmacie
- la cantine
- A l'étage :
 - le service d'administration comprenant : un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, service d'hygiène, chef personnel, développement social
 - la salle de réunion,
 - le système d'information sanitaire (SIS),
 - la salle de consultation pour médecin chirurgien,
 - la salle de consultation pour médecin cardiologue
 - des toilettes.

➤ **Le troisième bâtiment :**

La maternité composée de :

- la salle d'accouchement qui contient six (6) tables d'accouchement et six (06) lits, on y réalise en moyenne quinze (15) accouchements par jour ;
- Une salle de néonatalogie ;
- Une salle d'observation des femmes ;
- Une salle d'hospitalisation des femmes ;
- Une salle de garde pour sage- femme ;
- Une salle de garde pour Médecin ;
- Une salle de garde pour les faisant fonctions d'interne ;
- Une salle de garde des infirmières
- Une salle de consultation gynécologique ;
- Unité de consultation prénatale / PTME ;

- Unité de consultation planning familial ;
- Une salle informatique ;
- Une salle de SAA
- Unité buanderie
- Quatre toilettes.

➤ **Le quatrième bâtiment en étage :**

- Au rez-de-chaussée :
- Le laboratoire d'analyse / Mini banque de sang
- Une salle d'échographique
- A l'étage :
- Unité de consultation ORL
- Unité de consultation Ophtalmologique
- Unité de consultation Odonto-stomatologique

➤ **Le cinquième bâtiment :**

- Bureau des entrées
- Bureau espace AMO
- La salle de garde/ consultation pour la médecine
- La pharmacie de nuit

➤ **Le Sixième Bâtiment :**

- USAC

Le centre comprend également :

- la maison pour le gardien,
- deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre,
- des toilettes pour les malades.
- Une morgue non encore fonctionnelle

Tableau III : Personnel du CSRéf CVI

Qualification	Nombre
Médecin gynécologue	6
Médecin généraliste	7
Médecin chirurgien	2
Pharmacien	1
Médecin santé publique	0
Etudiants thésards	10
Radiologue	0
Médecin ophtalmologue	0
Médecin dentiste	1
Assistants médicaux	21
Administrateur de l'Action sociale	1
Ingénieur Sanitaire	3
Gestionnaire	1
Infirmier diplômé d'Etat	8
Technicien Supérieur de laboratoire	2
Technicien Supérieur d'hygiène Assainissement	4
Sages-femmes	25
Technicien de laboratoire	2
Infirmiers Santé Publique	12
Infirmières Obstétriciennes	12
Techniciens sanitaires	9
Secrétaire	7
Comptable	4
Aide Comptable	4
Aides-Soignantes	12
Matrones	3
Documentaliste	1
Maintenancier	1
Planton	1
Chauffeurs	3
Chauffeurs mécaniciens	0
Gardiens	3
Manœuvres	10

**ETUDE DE L'ACCOUCHEMENT SUR UTERUS CICATRICIEL : AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE CVI DU DISTRICT DE BAMAKO**

Lingères	2
Total	173

9) Tableau IV: situation de la logistique au niveau du CS Réf à la date du 01 Janvier 2009

MATERIEL	DATE DE MISE EN SERVICE	MARQUE	ETAT ACTUEL			PROVENANCE
			BON	PAS S	MAUV	
Ambulance 4x4	2006	Toyota land cruiser		1		DAF
Autres Véhicules 4x4		Toyota land cruiser		1		PSPHR
Ambulance 4x4	2009	Toyota land cruiser	1			DAF
	2008	Toyota land cruiser		1		DAF
	2009	Ford		1		Allemagne
Autres Véhicules 4X4		TOYOTA HELIX	1	1		ABS
Motos	2000				1	RECOUVR
	2000	Yamaha 100		3		ETAT
	2007/2009	Yamaha 80	1			PNLT
		CG 125		3		ABS
Mobylette				1		RC
	2003			1		RC
Photocopieuse	2010	CANON imagerunner2 318	1			RC
Rétroprojecteurs	2005		1			Villes Unies Bko Lyon Genève
Réfrigérateurs	2002	Electrolux		1		DRS
Réfrigérateurs	2006	SHARP		1		Etat
Réfrigérateurs	2012	TCW3000AC		1		Atat
Congélateurs	2002	Electrolux		2		DRS
	2008	DometicTCW		1		DRS
Ordinateurs	1999	COMPAQ			1	Unicef
	2007 / 2012	HP		12		Recouv/
	2012	DELL		3		Etat,Abs,csls
Groupe électrogène	2002	15 KVA	1			DAF
	2012	P31P/B ,31KVA	2			DAF

10) Fonctionnement du service:

Un staff médical et administratif se tient tous les jours à huit heures trente minutes pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille dans le service et les programmes du jours .

Des consultations gynécologiques les Lundis, Mardis, Mercredis et les Vendredis. Le dépistage du cancer du col de l'utérus les Jeudis.

Une séance d'échographie par semaine.

Un programme opératoire réservé aux Mercredis et jeudis.

Des consultations pédiatriques tous les jours ouvrables parallèlement aux autres domaines de la santé.

Une équipe de garde qui assure la permanence du centre 24 heures/24.

Des consultations prénatales et de planning familial se font tous les jours

Les activités de santé publique sont menées.

Les activités de vaccination VAT des femmes enceintes tous les jours et le BCG réservé au Lundi et Vendredi

B. Période d'étude :

Notre étude s'étend du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2012, soit une période de 12 mois.

C. Type d'étude: Il s'agit d'une étude descriptive transversale et prospective.

D. Population d'étude:

La population d'étude est constituée de toutes les parturientes porteuses d'utérus cicatriciel admises dans le service durant la période d'étude.

E. Critères d'inclusion:

Toute parturiente avec un utérus porteur d'une ou plusieurs cicatrices post césarienne et qui a accouché à la maternité du CSRéf CVI pendant la période d'étude.

F. Critères de non inclusion:

N'ont pas été incluses dans notre étude, les parturientes porteuses de :

- cicatrices utérines de myomectomies,
- les grossesses multiples ;
- plasties utérines ;
- et celles ayant accouché à domicile.

G. Variables étudiées:

Les variables suivantes ont été étudiées:

- âge,
- principale occupation de la gestante,
- statut matrimonial,
- ethnie,

- niveau d'alphabétisation en français,
- nombre de cicatrices utérines,
- CPN,
- indication de la césarienne prophylactique,
- taille,
- bassin,
- terme de la grossesse,
- voie d'accouchement,
- état du nouveau-né,
- poids du nouveau-né,
- état de la femme après l'accouchement.

H. Supports des données:

Nos données ont été recueillies à partir des:

- Fiches d'enquête (voir annexe) ;
- Partogrammes ;
- Protocoles opératoires ;
- Registres d'accouchement.

I. La saisie des données:

Nous nous sommes servis du logiciel Microsoft Office Word 2010 pour la saisie et de EPI INFO version 7.0 pour l'analyse des données.

RESULTATS

I FREQUENCE:

Du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2012 nous avons noté 503 accouchements sur utérus cicatriciel sur un total de 7494 accouchements, soit une fréquence de 6,71% dont 1236 cas de césarienne .

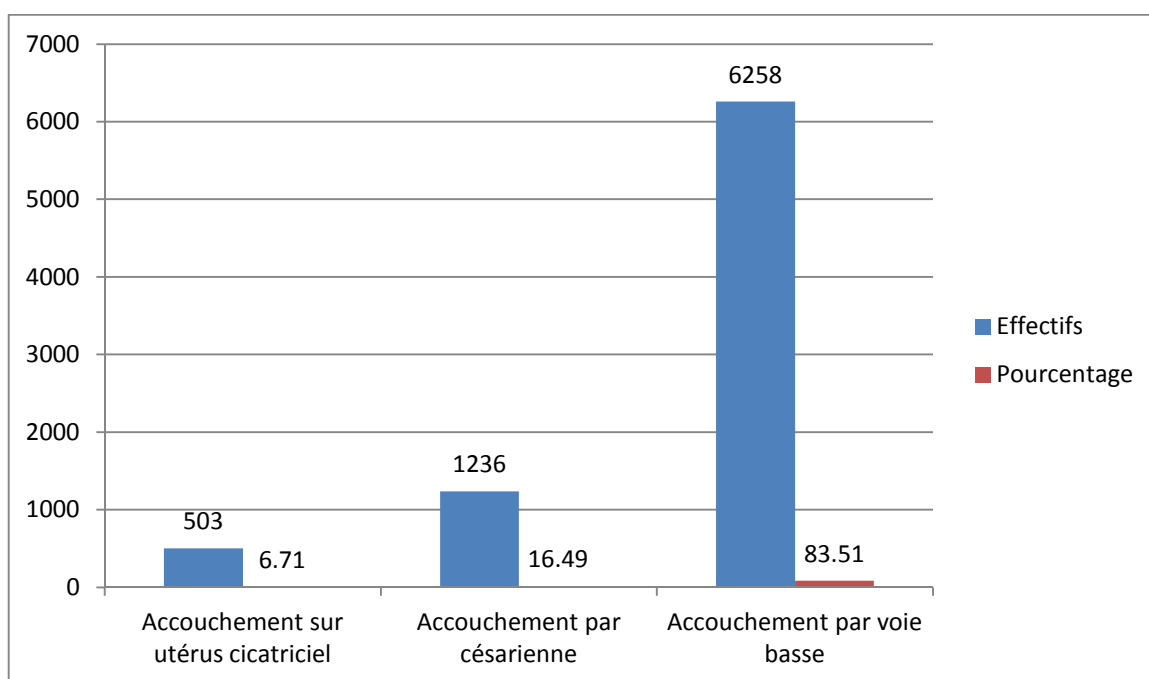


Figure 1 : Fréquence d'accouchement pendant la période d'étude

II- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

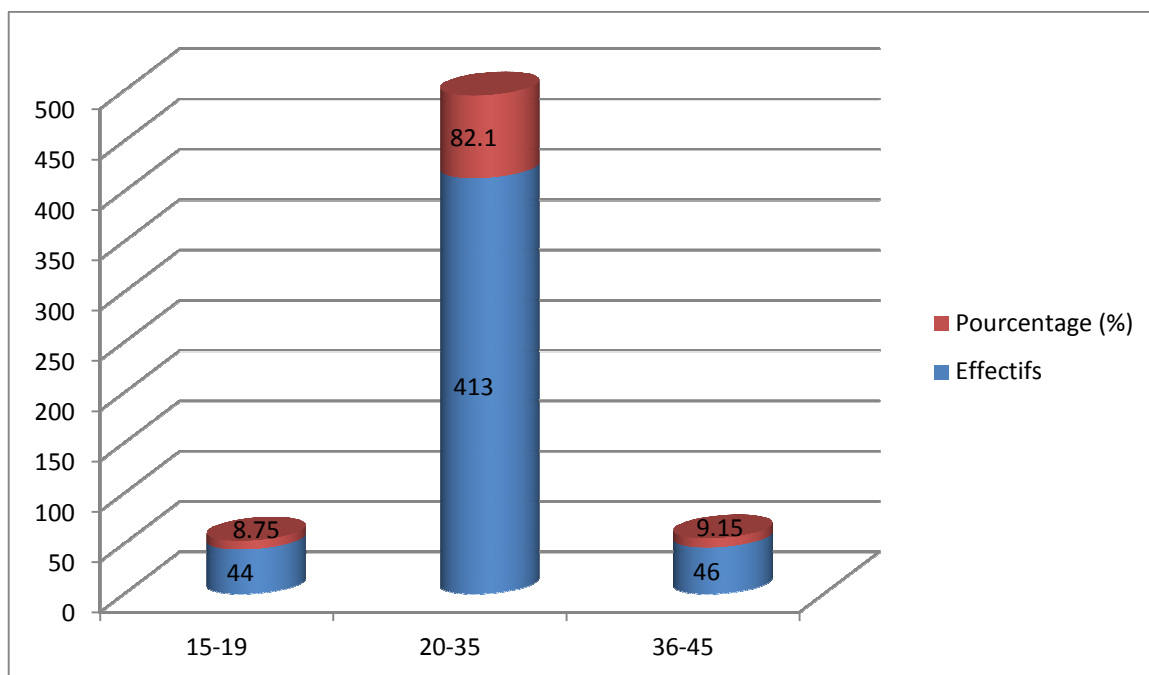


Figure 2 : Répartition des parturientes en fonction des tranches d'âge

Tableau I : Répartition des parturientes en fonction de la taille

Taille (cm)	Effectif	Pourcentage(%)
≥150	478	95,03
<150	25	4,97
Total	503	100%

Tableau II : Répartition des parturientes en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage(%)
Femme au foyer	365	72,56
Vendeuse	52	10,34
Salariée	43	8,55
Elève /Etudiant	14	2,78
Commerçante	13	2,58
Aide-ménagère	3	0,60
Autres	13	2,58
Total	503	100%

Autres : Teinturière, Foraine, Coiffeuse

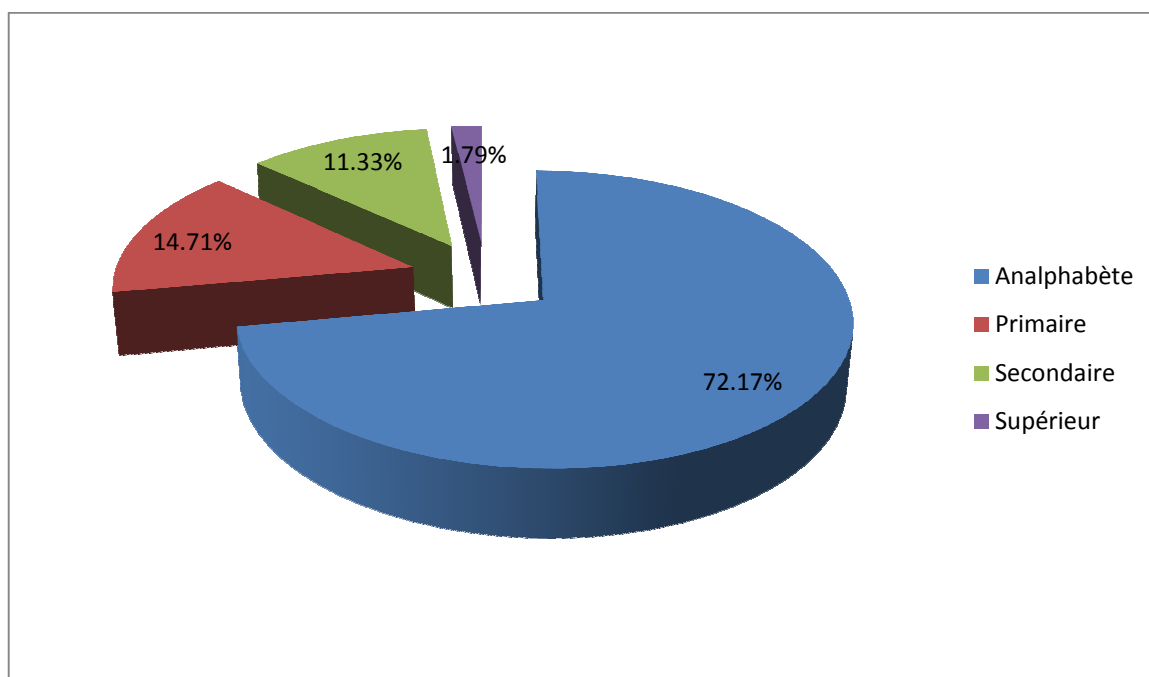


Figure 3 : Répartition des parturientes en fonction du niveau d'instruction en français

Tableau III : Répartition des parturientes en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage(%)
Bambara	211	41,95
Peulh	84	16,70
Malinke	56	11,13
Dogon	30	5,96
Soninke	25	4,97
Sonrhai	23	4,57
Senoufo	13	2,58
Minianka	11	2,19
Bobo	7	1,39
Bozo	5	0,99
Maure	2	0,40
Autres	36	7,16
Total	503	100%

Autres : Kassoké, Tamaseck, Haoussa, Soussou, Kissi, Gana, Ouolof

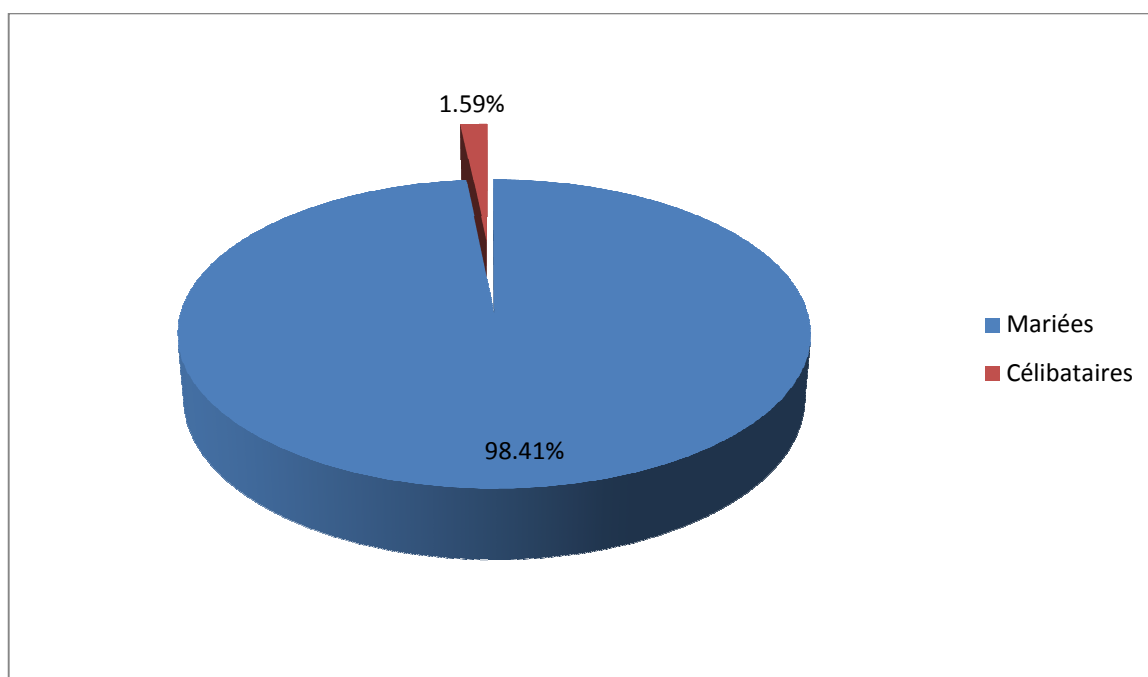


Figure 4 : Répartition des parturientes en fonction du statut matrimonial

Tableau IV : Répartition des parturientes en fonction de la résidence

Provenance	Effectif	Pourcentage(%)
Commune VI	421	83,69
Hors Commune VI	82	16,31
Total	503	100%

III-LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES ASSOCIEES AUX UTERUS CICATRICIEL

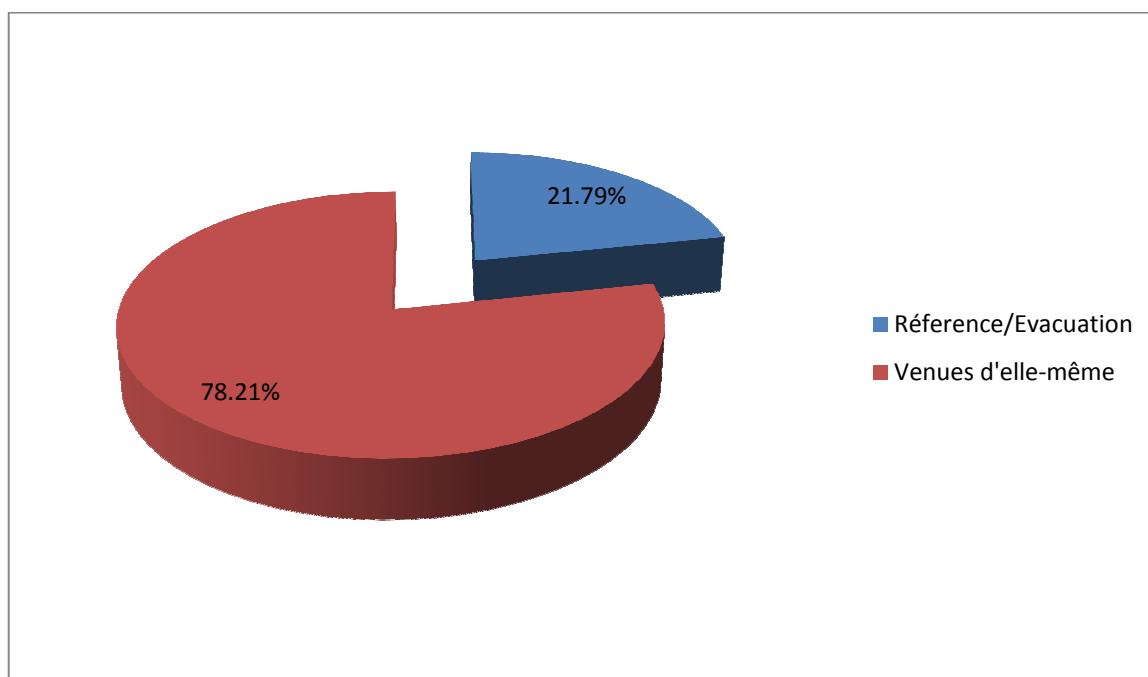


Figure 5_: Répartition des parturientes en fonction de mode d'admission

Tableau V : Répartition des parturientes référées /évacuées en fonction de la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage(%)
CSCom	64	75,29
Cabinets privés	16	18,82
Cliniques privées	5	5,88
Total	85	100%

TableauVI : Répartition des parturientes référées/évacuées en fonction du motif

Motif de référence /évacuation	Effectif	Pourcentage(%)
Ancienne césarienne	61	71,76
CUD	19	22,35
Hémorragie	2	2,35
Autres	3	3,53
Total	85	100%

Autres : RPM, Parturiente non coopérante, Présentation de l'épaule

Tableau VII : Répartition des parturientes en fonction de la gestité

Gestite	Effectif	Pourcentage(%)
Paucigeste	285	56,66
Multigeste	161	32,01
Grande multigeste	57	11,33
Total	503	100%

Tableau VIII : Répartition des parturientes en fonction de la parité

Parité	Effectif	Pourcentage(%)
Paucipare	377	74,95
Multipare	99	19,68
Grande multipare	27	5,37
Total	503	100%

Tableau IX : Répartition des parturientes en fonction de l'intervalle inter- génésique (I I G) en année

Intervalle intergenesique	Effectif	Pourcentage(%)
≥2ans	457	90,85
<2ans	46	9,15
Total	503	100%

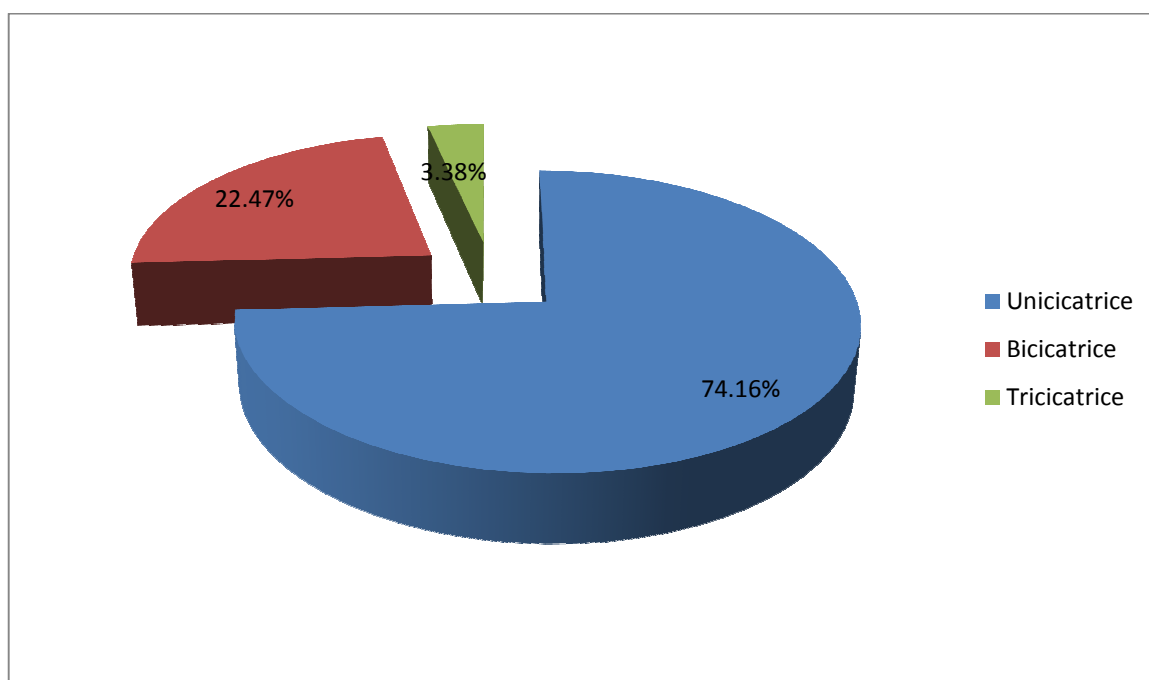


Figure 6 : Répartition des parturientes en fonction du nombre de cicatrice utérine

TableauX: Répartition des parturientes en fonction des ATCD d'accouchement par voie basse après la 1^{ere}césarienne

ATCD d'accouchement par voie basse après la 1^{ere}césarienne	Effectif	Pourcentage(%)
Non	405	80,52
Oui	98	19,48
Total	503	100%

IVGROSSESSE ACTUELLE:

Tableau XI: Répartition des parturientes en fonction du nombre de consultation prénatale(CPN) effectué

Nombre de consultation prénatale	Effectif	Pourcentage(%)
1-3	230	45,73
≥ 4	188	37,38
0	85	16,90
Total	503	100%

Tableau XII : Répartition des parturientes en fonction des auteurs de la consultation prénatale(CPN)

Auteur de la consultation prénatale	Effectif	Pourcentage(%)
Gynécologue	169	40,43
Sage-femme	121	29
Infirmièreobstétricienne	90	21,53
Médecin généraliste	38	9,09
Total	418	100%

V -L'ACCOUCHEMENT ACTUEL:

Tableau XIII : Répartition des parturientes en fonction de la hauteur utérine(HU)

Hauteur utérine(cm)	Effectif	Pourcentage(%)
32-36	409	81,31
<32	75	14,91
>36	19	3,78
Total	503	100%

Tableau XIV : Répartition des parturientes en fonction du terme de la grossesse en semaine d'aménorrhée(SA)

Terme de la grossesse(SA)	Effectif	Pourcentage(%)
37-42	472	93,84
<37	28	5,56
>42	3	0,60
Total	503	100%

TableauXV : Répartition des parturientes en fonction de la fréquence des BDCF

Fréquence des BDCF(nombre bat /mn)	Effectif	Pourcentage(%)
120-160	466	92,64
<120	27	4,97
>160	10	1,99
Total	503	100%

Tableau XVI : Répartition des parturientes en fonction de l'état de la poche des eaux

Poche des eaux	Effectif	Pourcentage(%)
Intacte	333	66,20
Rompue	170	33,80
Total	503	100%

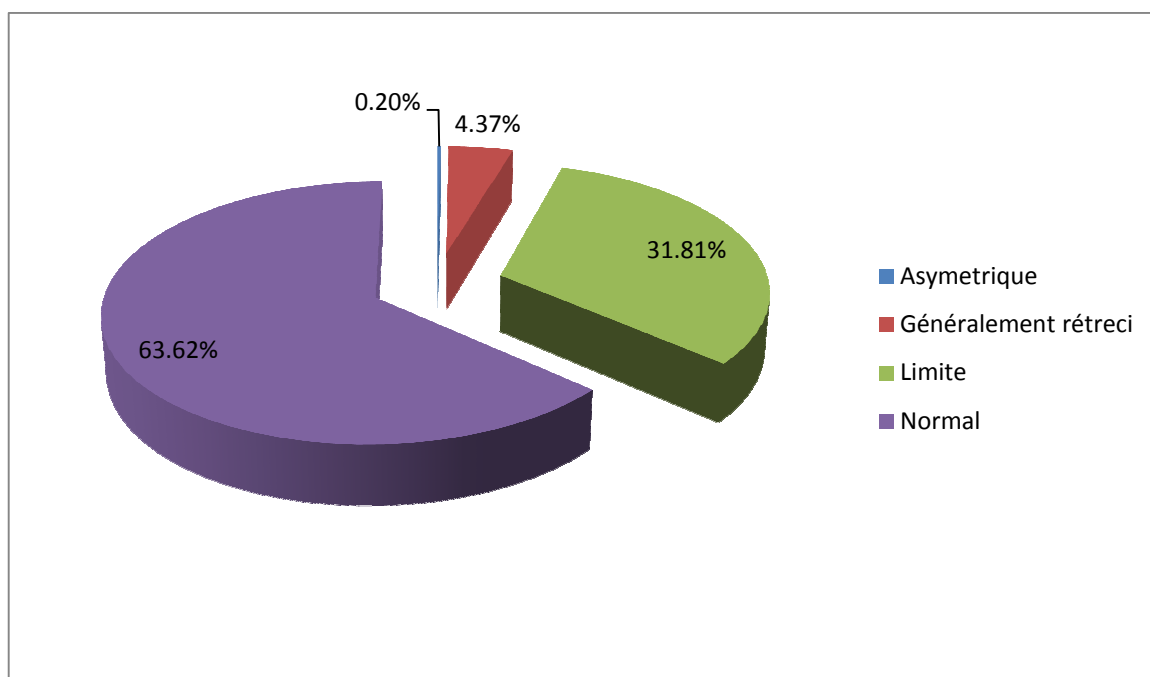


Figure 7 : Répartition des parturientes en fonction de la nature du bassin à l'examen

Tableau XVII : Répartition des parturientes en fonction du type de présentation du fœtus

Présentation du fœtus	Effectif	Pourcentage(%)
Céphalique	481	95,62
siège	15	2,98
transverse	4	0,80
Non appréciée	3	0,60
Total	503	100%

Non appréciée : Fœtus sous la peau

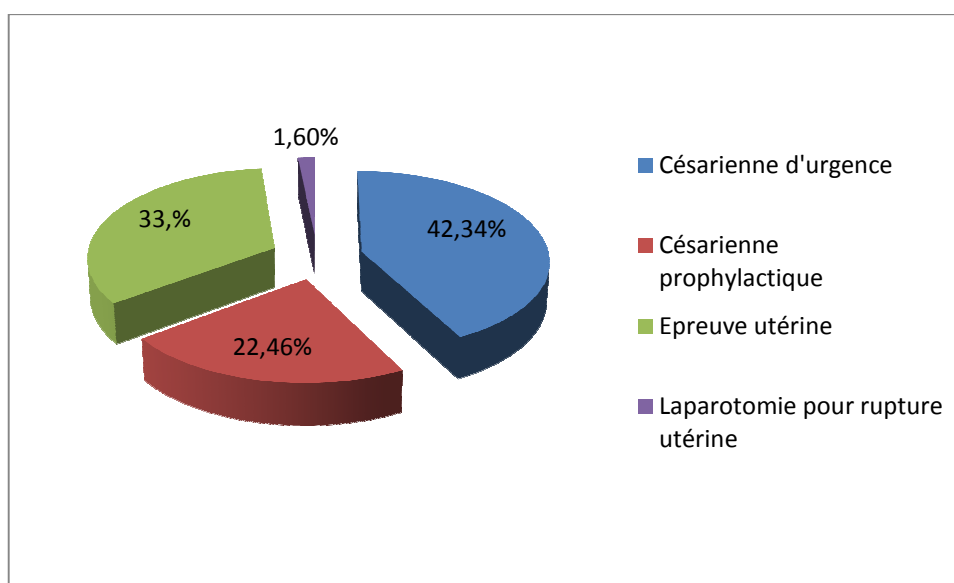


Figure 8 : Répartition des parturientes en fonction de la conduite obstétricale

Tableau XVIII : Répartition des parturientes en fonction du résultat de l'épreuventérine

Résultat de l'épreuventérine	Effectif	Pourcentage%
Réussite	109	64,50
Echec	60	35,50
Total	169	100%

Tableau XIX : Répartition des parturientes en fonction des voies d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage(%)
Haute	394	78,33
Basse	109	21,67
Total	503	100%

VI- INDICATION DE LA CESARIENNE :

Tableau XX :Répartition des parturientes ayantsubila césarienne prophylactique itérative en fonction de l'indication

Indication de la césarienne prophylactique itérative	Effectif	Pourcentage(%)
Bassin limite	66	58,41
Utérus bicatriciel	11	9,73
Bassin généralement rétréci	9	7,96
Utérus tricatriciel	8	7,11
Présentation de siège	6	5,31
Intervalle intergénéral court	4	3,54
Dépassement de terme	3	2,65
Position transverse	3	2,65
Bassin asymétrique	1	0,88
Cure de prolapsus	1	0,88
ATCD de rupture utérine	1	0,88
Total	113	100%

Tableau XXI : Répartition des parturientes ayant subi la césarienne d'urgence en fonction de l'indication

Indication de la césarienne d'urgence	Effectifs	Pourcentage(%)
Césarienne 2é itérative	99	36,26
Bassin limite	43	15,75
Défaut d'engagement	25	9,16
Dilatation stationnaire	24	8,80
Placenta prævia	12	4,40
Pré rupture ou rupture	4	1,50
Souffrance fœtale aigue	13	4,80
Césarienne 3é itérative	8	3
Présentation de siège RPM	7	2,60
Bassin généralement rétréci	6	2,19
Procidence du cordon	6	2,19
Pré éclampsiesévère	5	2
HRP	4	1,50
Bassin asymétrique	2	0,73
Dépassement de terme	2	0,73
Présentation de l'épaule	2	0,73
Rétention d'œuf mort	2	0,73
Présentation du front	2	0,73
Total	273	100%

Tableau XXII : Répartition des parturientes ayant fait la rupture utérine en fonction du type d'intervention

Type d'intervention pour Rupture utérine	Effectif	Pourcentage(%)
Hystérorraphie	5	62,50
Hystérectomie d'hémostase	3	37,50
Total	8	100%

Tableau XXIII : Répartition des parturientes en fonction du geste associé à la césarienne

Gestes associes	Effectif	Pourcentage(%)
Aucun	435	86,48
LRT	67	13,32
Total	503	100%

VII-PRONOSTIC MATERNO- FOETAL:

1- PRONOSTIC MATERNEL APRES ACCOUCHEMENT:

Tableau XXIV : Répartition des parturientes en fonction de l'évolution des suites de couche

Suites de couche	Effectif	Pourcentage(%)
Simple	497	98,80
Compliquées	6	1,19
Total	503	100%

Compliquées : Endométrite, Suppuration pariétale

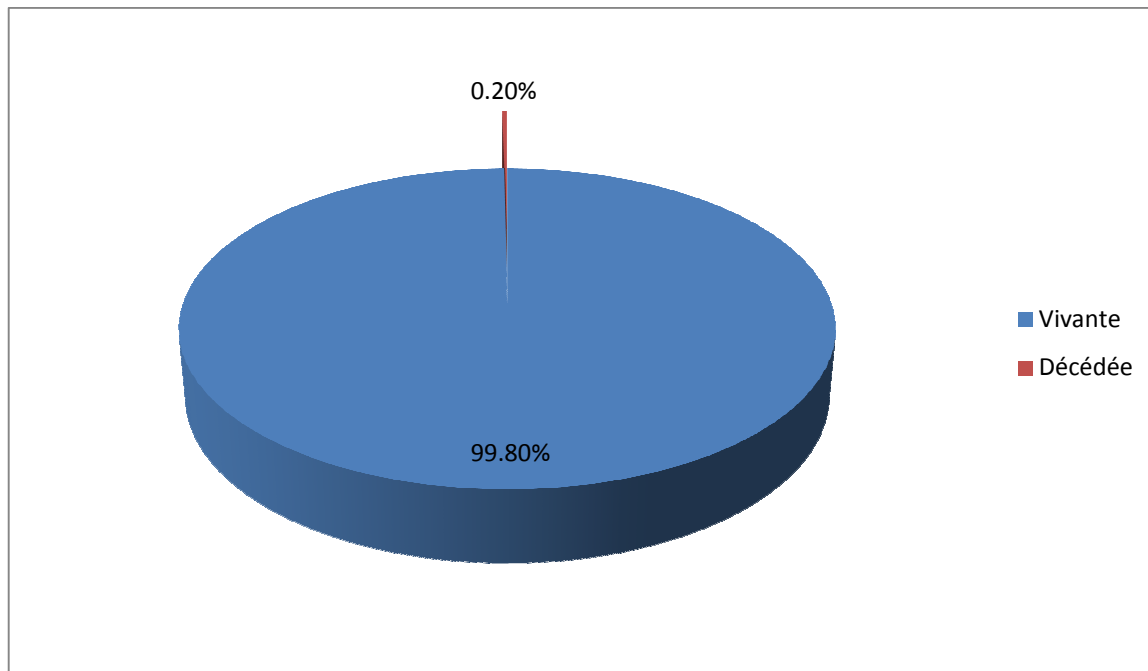


Figure 9: Répartition des parturientes en fonction de leur état après accouchement

2- ETUDE DES NOUVEAU-NES:

TableauXXV: Répartition des nouveau-nés en fonction du score d'Apgar à la 1^{ère} minute

Score d'Apgar à la 1^{ère} min	Effectif	Pourcentage(%)
8-10	445	88,47
1-7	45	8,95
0	13	2,58
Total	503	100%

TableauXXVI: Répartition des nouveau-nés en fonction du score d'Apgar à la 5^{ème} minute

Score d'Apgar à la 5^{ème} min	Effectif	Pourcentage(%)
8-10	486	96,62
0	17	3,38
Total	490	100%

TableauXXVII : Répartition des nouveau-nés en fonction du poids de naissance

Poids de naissance(g)	Effectif	Pourcentage(%)
<2500	51	10,14
2500-3999	441	87,67
≥4000	11	2,19
Total	503	100%

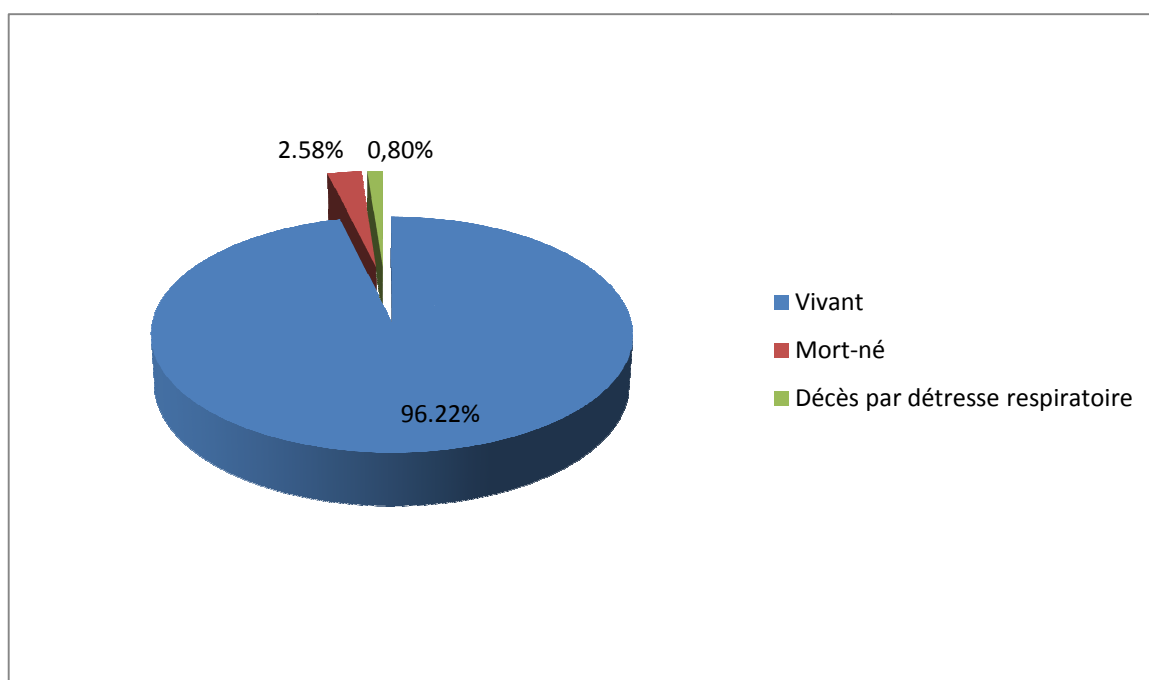


Figure 10 : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'état à la naissance

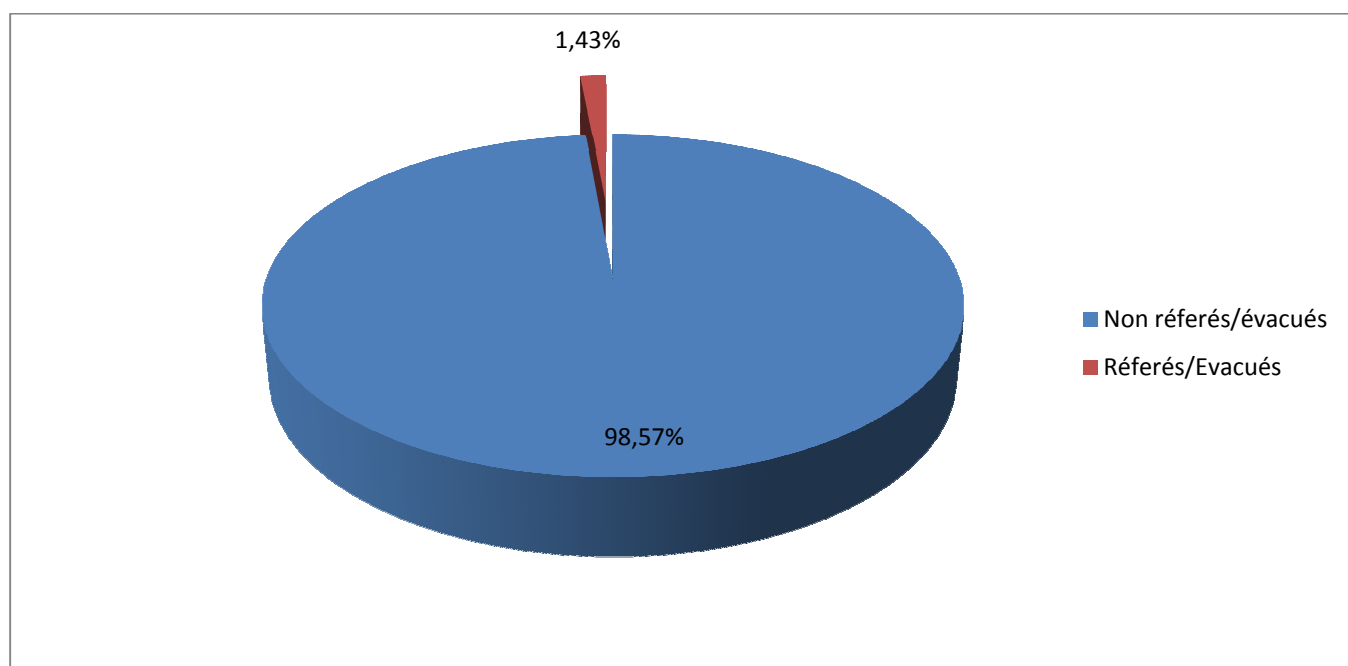


Figure11_: Répartition des Nouveau-nés référés/évacués

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

I. FREQUENCE :

Dans notre étude la fréquence de l'accouchement sur utérus cicatriciel est de **6,71%** soit **503** cas sur **7494** accouchements du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2012.

Cette fréquence élevée s'explique par l'augmentation du nombre d'accouchement effectué, la gratuité de la césarienne et la disponibilité du personnel qualifié au centre de santé de référence de la CVI, pendant la période d'étude.

Comparé aux données de la littérature, notre taux d'accouchement sur utérus cicatriciel est proche de ceux de : BOISSELIER en France [19] = **5,3%** DIADHIOU M.T au Sénégal [20] = **7,5%** ; ANDERSON au Canada [21] = **7,6%** ; COULIBALY M F au Mali [22] : **8,37%**

II. LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

1. L'âge :

La tranche d'âge la plus représentée est de **20 – 35 ans**, soit **82,10%**

L'âge moyen est de **28 ans**, ce qui est comparable à celui de :

- HAMET A [23] : **27,6 ans** ; COULIBALY M F[22] : **28,5ans** ;
- CISSE C.T [2] : **29 ans**. BA A [24] : **27,38 ans**.

Nos âges extrêmes (**15 ans et 45 ans**) sont comparables à ceux de :

OUATTARA Ali [25] qui a trouvé **16 ans et 44 ans**,

..COULIBALY M.F[22] : **15 ans et 44 ans**.

2. Niveau d'alphabétisation:

Les parturientes non alphabétisées représentent **72,14%** (**363 cas**)..COULIBALY M.F[22]a trouvé **77,6 %**.

Ce résultat s'explique par la faible scolarisation des filles au Mali.

III. CARACTERISTIQUES CLINIQUES ASSOCIES AUX UTERUS CICATRICIELS :

1. Parité :

Les grandes multipares représentent **5,37% (27cas)** avec une parité extrême à **13(2cas)** comparable à celui de COULIBALY M.F[22] :**9,3%** avec **14** parités.

Au Mali la grande multiparité trouve son explication par le taux élevé de fécondité et la faible prévalence contraceptive (**6,83%** selon **EDS IV** et **10,3** selon **EDS V**).

Les mêmes parités extrêmes ont été trouvées par HAMET A [23] : **1 et 13**

OUATTARA Ali [25] : **1 et 12**. BENZINEB N [26] : **2 et 12**

Les primipares n'ont pas été prises en compte car il est question d'utérus cicatriciel par césarienne.

2. Intervalle Inter gènesique :

Dans notre collectif, **9,15%(46 cas)** des parturientes avaient un intervalle inter gènesique inférieur à **2 ans**, taux proche de celui de OUTTARA Ali [25] avec **10,7%**.

Ceci s'explique par la faible utilisation des moyens de contraception par les patientes qui pensent que les contraceptifs ont plus d'inconvénients que d'avantages et souvent par le refus de certains conjoints.

3. Antécédents de césariennes :

Durant la période d'étude, nous avons enregistré :

- **74,16%** d'utérus uni cicatriciel (373 cas) ;
- **22,46%** d'utérus bi cicatriciel (113 cas) ;

- **3,38%** d'utérus tri cicatriciel (17 cas).

Ces taux sont comparables à ceux de OUATTARA Ali [25] qui a trouvé respectivement au CS Réf Commune V du District de Bamako : **79,1%** ; **17,7%** et **3,2%**.

Ceci s'explique par le fait que les Centres de Santé de Référence étant les premières structures de référence prennent en charge beaucoup d'urgences obstétricales provenant de structures sanitaires environnantes.

4. Consultation prénatale : (CPN)

Dans **16,90% (85 cas)**, les consultations prénatales n'ont pas été faites.

.COULIBALY M.F [22] a trouvé **20%** de parturiente avec zéro Consultation prénatale.

OUATTARA Ali [25] rapporte dans sa série que **70%** des parturientes n'ont fait qu'une seule consultation prénatale.

Ce faible pourcentage de consultations prénatales est dû essentiellement à la pauvreté, à l'ignorance des dangers encourus et le niveau d'alphabétisation des parturientes, pour qui la consultation prénatale est source de dépenses inutiles.

IV. PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT :

La pratique obstétricale dans un pays en voie de développement où l'on constate : le faible niveau de la couverture sanitaire, la qualité peu satisfaisante du plateau technique, le manque d'information sur la césarienne antérieure (qualité de la cicatrice utérine), conduit souvent à réaliser des césariennes prophylactiques itératives de prudence.

Dans notre série le taux de césariennes prophylactiques sur utérus cicatriciel est de **22,46%(113 cas)**.

Ce 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.

Ce taux est inférieur à ceux de :

. BA A[24] au Mali en 2000, soit **42,5%**

CISSE C.T [2] au Sénégal en 1997, soit **45,5%**

BENZINEB N [26] en Tunisie en 1993, soit **60,9%**.

TSHILOMBO [27] au Congo en 1995, soit **36,6%** ; il est sensiblement comparable à celui de VAN WALT [28] en Afrique du Sud en 1994, soit **20,6%** ;

Nos indications de césarienne prophylactique itérative ne diffèrent pas de celles des autres auteurs.

Le bassin limite(BL) est la principale indication des césariennes prophylactiques, soit **58,41% (66 cas)**.

Dans notre série **4,97%(25 cas)** des parturientes ont une taille inférieure à **150 cm**. L'examen radiologique (Radiopelvimétrie) du bassin s'avère indispensable pour réaliser une césarienne prophylactique chez ces parturientes de petite taille parfois naine, dont le bassin est généralement rétréci ou chirurgical

Cette attitude rejoint celle de NIELSEN [29], pour qui la pelvimétrie permet de réduire le nombre de césarienne en cours de travail sans altérer le taux global d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel.

Les critères d'épreuve utérine sont :

- une césarienne antérieure purement segmentaire avec des suites opératoires simples.
- l'absence de malformation utérine
- l'absence de pathologie maternelle contre-indiquant la voie basse
- l'absence de surdistension utérine notable (hydramnios, grossesses multiples)
- une présentation du sommet
- un placenta non inséré sur la cicatrice
- l'absence de dystocie surajoutée
- un centre obstétrical avec une infrastructure adaptée et une équipe obstétricale qualifiée
- l'accord de la patiente ; bien que cela consiste à informer plutôt qu'à prendre l'avis de la patiente.

La fréquence de l'épreuve utérine dans notre série est de **33,60%** (**169 cas**) : parmi lesquelles **64,50%** d'accouchement par voie basse (**109 cas**) ;

35,50% d'échec consécutif à la SFA (**11 cas**), au défaut d'engagement à dilatation complète (**25 cas**) et à la dilatation stationnaire (**24 cas**).

Ces cas d'échec ont été inclus dans les césariennes d'urgence, lesquelles de **42,34%** (**213 cas**) leur taux augment à **54,27%** soit **273 cas**. Ces cas d'échec de l'épreuve utérine et la non fréquentation des structures sanitaires par la majorité de nos parturientes expliquent le taux élevé des césariennes d'urgence. Notre taux d'épreuve utérine est comparable à celui de COULIBALY M.F [22] avec **31,2%**

Il est nettement inférieur à ceux de :

- OUATTARA Ali [25] :**88,6%**
- VAN WALT [28] :**79,4%**
- ROZENBERG [30] :**80,5%**.

Le faible taux de succès de l'épreuve utérine dans notre série s'explique par une attitude de prudence face à ces cas où l'utilisation des ocytociques est contre indiquée dans notre contexte. Elle se justifie au regard des moyens limités de surveillance du travail d'accouchement (absence de monitoring électronique, de PH-mètre). Mais ce taux mérite d'être souligné car il montre que l'épreuve utérine sur utérus cicatriciel peut être envisagée dans la prise en charge des cas sans surveillance électrocardiographique disponible.

Le monitoring malgré ses avantages n'est pas indispensable pour la surveillance du travail. La surveillance clinique que nous utilisons est peu fiable surtout en ce qui concerne le diagnostic de souffrance fœtale ; mais dans nos conditions d'exercice, les problèmes existent au niveau de la référence également dans la disponibilité effective de personnel compétent et dévoué au moment de l'accouchement.

Tout en reconnaissant qu'il est difficile d'estimer le taux d'accouchement à domicile sur utérus cicatriciel, nous trouvons dans notre série un taux d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel de **21,67%**.

Ce qui confirme l'étude de COULIBALY M.F [22] soit **21,4%**.

Ce résultat est inférieur à ceux de : OUATTARA Ali [24] : **37%** et de HAMET A [23] : **32,4%** ;

L'écart trouve son explication dans notre attitude de prudence devant l'utérus cicatriciel où nous privilégions la césarienne comme mode d'accouchement.

A noter que la majorité des cas qui sont évacuées requièrent une promptitude dans la prise en charge.

1. Facteurs prédictifs de succès de l'épreuve utérine :

- Antécédents d'accouchement par voie basse de la parturiente avant la 1ère césarienne. BENZINEB N[26] trouve que le pourcentage des femmes qui ont réussi leur épreuve utérine est plus élevé lorsqu'il y a eu un ou plusieurs accouchements par voie basse avant la césarienne antérieure.
- Antécédents d'accouchement par voie basse après la césarienne : c'est un facteur qui augmente significativement le taux d'accouchements ultérieurs normaux selon BENZINEB N[26].
- L'indication de la césarienne : une césarienne antérieure dont l'indication n'est pas liée à un obstacle prœvia.

Dans notre étude nous avons trouvé **19,48%(98 cas)** des parturientes qui ont accouché par voie basse après la césarienne.

2. La césarienne sur utérus cicatriciel :

2.1. Le type d'incision_:

Durant la période d'étude toutes les hystérotomies réalisées étaient segmentaires basses transversales. Ceci s'explique par notre souci majeur d'obtenir de cicatrices utérines de bonne qualité.

On trouve chez :

- OUATTARA Ali[25] :**99,6%** d'hystérotomie segmentaire basse transversale et **0,4%** d'hystérotomie corporéale à cause des adhérences rendant le décollement de la vessie impossible ;

- BA A[24] : **98%** d'hystérotomie segmentaire basse transversale et **2%** d'incision corporéale ;
- LEBRUN [31] : **98,3%** d'incisions segmentaires, **1,5%** segmento-corporéales et **0,2%** corporéales ;

2.2. Les pratiques associées :

2.2.1. Ligature résection des trompes :

Nous avons trouvé un taux de ligature et résection des trompes de **13,32% (67 cas)**. Ceci s'explique par le fait que la ligature et résection des trompes sont effectuées pour minimiser le risque de rupture utérine, suite au consentement du couple.

Notre taux est similaire à ceux de OUATARA Ali[26] : **10,8%** et de LEBRUN [31] : **14,4%**.

3. La rupture des utérus cicatriciels :

Nous avons enregistré **1,60%(8 cas)** de rupture utérine dont **05** cas de déhiscence et **03** cas de rupture complète ayant toutes subi la laparotomie d'urgence.

Notre taux de rupture utérine est proche de ceux de COULIBALY M.F[22] : **2,3%**, de BAETA S [32] : **2,1%** ; de DIADHIOU M.T [20] : **3,1%**.

Il est inférieur à ceux de : HAMET A[23] : **6,2%**, TSHILOMBO [28] : **5,5%** ; PICAUD A[33] : **4,9%**.

Ce faible taux de rupture utérine dans notre série s'explique par la contre-indication des ocytociques et du déclenchement du travail sur utérus cicatriciel.

Notre taux de rupture utérine reste cependant supérieur à ceux de MELLIER G [34] en France : **0,8%** ; de NIELSEN T.F en Suède [35] : **0,1%** ; pays où les ruptures utérines sont rares.

V. PRONOSTIC MATERNO-FOETAL :

1. Mère :

Comme complication post-opératoire, nous avons enregistré : **1,19%(6 cas)** d'endométrite et suppuration pariétale.

Dans notre série **01** cas de décès maternel a été enregistré par OAP compliquant une rupture utérine, soit **0,20%**.

Les moyens limités de réanimation liés à l'absence de service de réanimation performant au sein du CSREF CVI permettent d'expliquer le cas de décès.

OUATTARA Ali [25] a rapporté **03** cas de décès maternels(**0,5%**) par CIVD.

HAMET A [23] a déploré **02** décès maternels : un par OAP, l'autre par hémorragie du post partum immédiat.

2 . Nouveau-nés :

Nous avons enregistré **503** naissances dont **13** mort-nés (**11** mort-nés frais et **2** mort-nés macérés) soit **2,58%**. Ce résultat est inférieur à ceux de COULIBALY M.F [22] : **5%**, Ali OUATTARA [26] : **6%** et HAMET A [23] : **7%**, Ces morts in utero ont un lien avec la non ou la mauvaise surveillance des grossesses lors des consultations prénatales et souvent le retard pris dans les références et évacuations.

Nous avons enregistré un bon score d'Apgar (**8-10**) à la 1^{ère} minute de vie extra utérine dans **88,47% (445 cas)** contre **8,95%(45 cas)** d'Apgar inférieur ou égal à 7, ayant tous été réanimés dans le service. Malheureusement **0,80%(4 cas)** de décès néonataux par

détresse respiratoire a été recensé dans les cinq premières minutes qui ont suivi leur naissance malgré la réanimation .Ce faible taux de décès s'explique par la promptitude dans la prise en charge, malgré un défaut de plateau technique de réanimation performant et l'absence de Néonatalogiste.

Les nouveau-nés avec un poids de naissance compris entre **2500g** et **4000g** représentent **87,67%** soit **441** enfants sur **503** naissances. Ceci s'explique par le fait que **93,84%** des accouchements ont été effectués à terme. Ce résultat est comparable à ceux de COULIBALY M.F [22], OUATTARA Ali [25] et CISSE CT [2] qui ont trouvé respectivement **84,8%** ;**85,7%** et **88%**.

Dans notre série, **2,19%** de nouveau-nés par césarienne avaient un poids de naissance supérieur ou égal à **4000g**.

Ce résultat est comparable à ceux de COULIBALY M.F [22], OUATTARA Ali [26] et CISSE CT [2] avec respectivement **3,1%** ; **3%** et **4,5%** de macrosomie fœtale.

Chaque Nouveau-né issu de la césarienne et celui de la voie basse ayant présenté de particularité est vu dans les minutes qui suivent par la pédiatre du service pour prise en charge.

1,43% dont sept Nouveau-nés (**4cas** de prématurité, **2cas** de souffrance néonatale et **1cas** de détresse respiratoire) ont été référés ou évacués au service de néonatalogie du CHU Gabriel TOURE

Aucun cas de malformation n'a été notifié.

CONCLUSION

Dans notre étude descriptive transversale et prospective de l'accouchement sur utérus cicatriciel sur une période d'un an allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre **2012,503** cas ont été colligés au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako sur **7494** accouchements, soit une fréquence de **6,71%**.

Chaque parturiente avait au moins un antécédent de césarienne. On compte : **74,16%** d'utérus uni cicatriciel (**373 cas**), **22,46%** d'utérus bi cicatriciel (**113 cas**), **3,38%** d'utérus tri cicatriciel (**17 cas**).

L'épreuve utérine avait déjà été une réussite dans **19,48%(98 cas)** des parturientes.

L'épreuve utérine a été réalisée dans **33,60% (169 cas)** pour lesquelles **64,50%(109 cas)** ont accouché par voie basse et **35,50%(60 cas)** reconnus comme cas d'échec, ayant augmenté le taux de césarienne d'urgence à **54,34%(273 cas)**.

Les facteurs prédictifs de succès de l'épreuve utérine sont : l'indication de la césarienne antérieure et l'antécédent d'accouchement par voie basse avant et / ou après la césarienne.

La césarienne a été pratiquée chez **76,80%(386 cas)** des parturientes repartis de la façon suivante :

* **54,34%(273 cas)** de césarienne faite en urgence ;

* **22,46%(113 cas)** de césarienne prophylactique avec bassin limite (BL) comme principale indication.

Toutes les parturientes accouchées par voie basse ont subi la révision utérine systématique.

La rupture utérine a représenté **1,60%** soit **8 cas**.

Le décès maternel a été déploré dans seulement un cas soit **0,20%**.

Sur **503** nouveau nés, **2,58 % (13 cas)** mort in utero(**11** mort-né frais et **2** mort-né macéré) ; **0,80%(4 cas)** décès néonataux par détresse respiratoire ont été recensés.

1,43% dont sept Nouveau-nés ont été réfères ou évacués .

L'accouchement sur utérus cicatriciel est fréquent au centre de santé de référence de la Commune VI.

Le pronostic maternel est jugé bon, le pronostic foetal pourrait être amélioré avec l'adhésion et amélioration de la qualité des consultations prénatales, promptitude dans les références / évacuations, un plateau technique de réanimation plus performant et l'aide d'un néonatalogiste.

RECOMMANDATIONS

Nos recommandations s'adressent :

1. Aux femmes enceintes avec utérus cicatriciel:

- Suivre les consultations prénatales dès le début de la grossesse ;
- Accoucher en milieu chirurgical et s'y présenter avant 37 semaines d'aménorrhée ;
- Se munir de tous les documents de l'intervention précédente.

2. A la communauté:

- Participer à hauteur de souhait aux projets et programmes (paiement de cotisations et sensibilisation) visant à réduire la morbidité et la mortalité néonatale et maternelle,
- Eviter le retard dans le recours aux soins.

3. Aux prestataires:

- Sensibiliser les gestantes sur l'importance des consultations prénatales et sur les signes de gravité particulière liés aux utérus cicatriciels,
- Remplir correctement les dossiers médicaux et compte-rendu opératoires, en y portant des renseignements sur les suites opératoires, la qualité de la cicatrice utérine,
- Accentuer l'IEC auprès des femmes porteuses d'utérus cicatriciel sur les risques liés aux grossesses ultérieures,
- Suivre les normes et procédures en vigueur dans le service sur les utérus cicatriciels.

4. Au centre de santé de référence de la CommuneVI :

➤ Créer un service de réanimation néonatale au sein de la maternité du Centre de Santé de Référence **Commune VI**.

➤ Renforcer la capacité de la mini-banque de sang.

➤ Archivage électronique des dossiers médicaux.

5. Aux autorités politiques et administratives :

➤ Assurer la formation continue des prestataires

➤ Renforcer le système de référence – évacuation par un appui en logistique et ressources financières,

➤ Renforcer le plateau technique du service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé de Référence **Commune VI** par une dotation en appareil de monitoring, Echographique, matériels de réanimation du nouveau-né.

➤ Doter les CSREF en Médecin Réanimateur et Néonatalogiste

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

1. **DEMBELE BT.** Etude Epidémiologique clinique, et pronostique des ruptures utérines au centre de santé de référence de la commune V du district de BAMAKO à propos de 114 cas Thèse de Médecine Bamako 2002 : 02 M 14.

2. **CISSE CT ; Ewagnignon E ; Terolbe I ;** Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. J GynécolBiolReprod 1999 ; 28 ; 6 : 556-562.

3- **PAPIERNICK E., Cabrol D.,PonsJ-C.**Obstétrique (Médecine-Sciences) Flammarion, Chapitre 78 : 985-1004 et chapitre 92 : 1191-1204 ;

4- **BA A. :** Grossesse et accouchement sur utérus cicatriciel : à propos d'étude cas témoins. Thèse de médecine, Bamako, **2003 N°72.**

5-**HAMET ATidjani, A Gallais, M Garba**L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger : a propos de 590 cas. Med. D'Afr. Noire : février 2001, tome 48 (2) : 63-66.

6- **BENZINEB N, Bellasfar B, Bouguerra B, Amri M T, SfarR.**Accouchement par voie basse après césarienne. A propos de 173 épreuves utérines. Rev. Fr. Gynécol. Obstét. **1998, 93, 4, 282-284.**

7.**CAMUS M ; Lefebvre G ; Iloki LH ; Seebacher J ; Abbadie F.**

Utérus cicatriciels : accouchements par voie basse sous analgésie péridurale (**uteri with scars.**)J Gynécol- Obstét, Biol Réprod **1989;** vol.18; NO.3; 379-387.

8. **PICAUD A, NLOMENZE AR, OGOWET N, MOUELY G.**

Les ruptures utérines. A propos de 31 cas observés au centre hospitalier de Libreville. Rev Fr Gynécol Obstét **1989, 84 : 411-416**

9.MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique, 6^{ème} édition, Masson, Paris, 1995.

10.PAPIERNICK E., CABROL D., PONS J-C.

Obstétrique (Médecine- Sciences) Flammarion, Chapitre 78 : 985-1004 et chapitre 92 : 1191- 1204 ;

11. MEEHAN PF, MOOLGAOKER AS, STALLWORTHY J.

Vaginal delivery under caudal analgesia after cesarean section and other major uterine surgery.

12.KAMINA P.

Dictionnaire d'anatomie : atlas / pierre Kamina – Paris : Maloine S.A. 1983 ; Anatomie Gynéco-Obstétrique, Pierre Kamina – Paris : Maloine ; 1984 SIMEP 1996

13.NIELSEN Tf, Hökegard Kh, Moldin Pg.

X-ray pelvimetry and trial of labor after previous cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand 1985;64:485-90.

14.REVUE DE LA LITTERATURE ADAPTEE DE PERROYIN F, MARRET H, FIGNON A, BODY G, LANSAC J.

Utérus cicatriciel : la révision utérine systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement par voie vaginale est-elle toujours utile ? J Gynecol Obstét Biol Réprod 1999 ; 28 : 253-262

15.THURNAU Gr, Scates Dh, Morgan Ma.

The foetal-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.

16.PICAUD A, NLOME-NZE AR, OGOWET N, ENGOGAH T., ELLA-EKOGHA R.

Delivery in the scarred uterus. A propos of 606 cases in 62193 deliveries. Rev Fr Gynécol Obstét 1990 jun ; vol 85 (6) : 387-92

17. LANSAC J, BERGER C, MAGNIN G.

Obstétrique pour le praticien. 4^{ème} édition 1994 SIMEP 12 RUE de l'éperon 75008 Paris.

18.LEBRUN F, AMIEL- TISON C, SUREAU C,

Conduite à tenir devant un utérus cicatriciel. La Tunisie Médicale 1995 ; 42 : 391-6

19.BOISSELIER P, MAGHIORACOS P , MARPEAU L.

Evolution dans les indications de césariennes. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1987 ; 16 :251-60.

20. DIADHIOU M. T.; MOREIRA P.; DIOUF A.; FAYE E.O.; MOREAU J.C.; DIADHIOU F.

L'accouchement sur utérus cicatriciel : résultats préliminaires à propos de 288 cas. Congrès de la SAGO : Bamako 2003.

21. ANDERSON GM,

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

22. COULIBALY M.F

Accouchement sur utérus cicatriciel (à propos de 215 cas) au CHU du point G BAMAKO, Mali :09 M 412

23.HAMET A TIDJANI, A GALLAIS, M GARBA.

L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger : a propos de 590 cas. Med. d'Afr. Noire : février 2001, tome 48 (2) : 63-66.

24. BA A.

Thèse de Médecine – Grossesse et accouchement sur utérus cicatriciel (a propos d'une étude Cas- Témoins) Bamako MALI : 03-M 72

25. OUTTARA Ali.

Accouchement sur utérus cicatriciel au CSRéf CV du District de Bamako à propos de 570 cas. Thèse de Méd. 2004, 85p -

26. BENZINEB N, BELLASFAR B, BOUGUERRA B, AMRI M T, SFAR R.

Accouchement par voie basse après césarienne. A propos de 173 épreuves utérines. Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1998, 93, 4, 282-284.

27. TROYER LR, PARISI VM.

Obstetrics parameters affecting success in a trial of labor: designation of a scoring system. Am J Obstet Gynecol 1992 ; 167 : 1099-104.

28. TSHILOMBO KM, MPUTU L, NGUMA M, WOLOMBY M, TOZIN R, YANGA K.

Accouchement chez la gestante zaïroise antérieurement césarisée. J. Gynécol Obstét Biol Reprod 1991 ; 20 : 568-74.

29. ROZENBERG P, Goffinet F, Phillippe HJ, Nisand L,

Mesure échographique de l'épaisseur du segment inférieur pour évaluer le risque de rupture utérine. J Gynécol Obstét Biol Réprod 1997 ; 26 : 517-9.

30. MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique, 6^{ème} édition, Masson, Paris, 1995.

31. LEBRUN F, AMIEL- TISON C, SUREAU C,

Conduite à tenir devant un utérus cicatriciel. La Tunisie Médicale
1995 ; 42 : 391-6

32. BAETA S., TETE V.K. ;IHOU K.A. ;NYAME A.N., AKPADZA K.S.

Pronostic Obstétrical des gestantes porteuses de cicatrice de
césarienne. Apropos de 282 cas pris en charge au CHU de Lomé
(Togo) congrès de la SAGO 2003.

33.PICAUD A, NLOME NZE AR OGOWET N

L'accouchement des utérus cicatriciels Rev Fr Gynécol Obstét
1990 ; 85 : 387-92

34.MELLIER G., FOREST A.M., KACEM R., MERMET J. -

L'utérus cicatriciel : conduite à tenir. Rev Fr Gynécol Obstét, 1986,
81, 223-228.

35.NIELSEN TF, Hökegard Kh, Moldin Pg.

X-ray pelvimetry and trial of labor after previous caesarean section.
Acta Obstet Gynecol Scand 1985;64:485-90.

FICHE D'ENQUETE

IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Q1Localité :.....

Q2Structure :.....

Q3Date d'entrée :.....

Q4Nom et Prénom :.....

Q5Age :.....

Q6Ethnie :.....

Q7Adresse :.....

Q8Profession : /.../

1- femme au foyer

2- élève / étudiante

3- salariée

4- commerçante

5- autre

Si autre préciser :.....

Q9Statut matrimonial : /.../

1- mariée

2- célibataire

3- divorcée

4-veuve

Q10Niveau d'instruction : /.../

1- Analphabète

2- Primaire

3- Secondaire

4- Supérieur

Q11Procréateur

1-Nom et Prénom.....

2- Age :.....

3- Adresse :.....

4- Profession :.....

5 Niveau d'instruction :.....

ADMISSION

Q12Mode d'admission : /.../

1- Evacuée

2- Référée

3- Venue d'elle-même

Q13Moyen de transport : /.../

1- Ambulance 2- Transport en commun 3- véhicule personnelle 4-

Autre

Si autre préciser :.....

Q14Provenance :.....

Q15Motif d'admission :.....

ANTECEDENTS

Q16Antecedents médicaux :

1- familiaux :

HTA /.../ Hémoglobinopathie /.../

Diabète /.../ Gémellité /.../

Drépanocytose /.../ Autre /.../

Si autre préciser :.....

2- personnels :

HTA /.../ Drépanocytose /.../

Asthme /.../ Diabète /.../

Autre /.../

Si autre préciser :.....

Q17Antecedents chirurgicaux :.....

Présence de cicatrice chirurgicale : /.../

Q18Antecedents gynécologiques :

Fibrome /.../ Fistule vesico-vaginale /.../

Salpingectomie /.../

Périnéorraphie : /.../ Plastie tubaire /.../

Autre /.../

Si autre préciser :.....

Q19Antecedents obstétricaux :

Gestité : /.../ Nombre d'enfants vivants /.../

Parité : /.../ Mort nés /.../

Avortement /.../ IIG/.../

Cesarienne anterieure(nombre

indication) :.....

GROSSESSE ACTUELLE

Q20DDR : /.../.../.../

Q21AG : /.../

Q22DPA : /.../

Q23CPN

Nombre : /.../

Lieu : /...../

Qualification du prestataire : /...../

Q24VAT (nombre) : /.../

Q25BPN : Oui /.../ Non /.../

Q26Echographie : Oui /.../ Non /.../

Si oui préciser le nombre, la date et le résultat.....

Q27Pathologie au cours de la grossesse :.....

Q28Prophylaxie anti palustre en SP : Oui /.../ Non /.../

Q29supplémentation en fer : Oui /.../ Non /.../

Q30Début du travail : Oui /.../ Non /.../

Si oui préciser la date et l'heure: /.../.../.../ /.../.../

Q31Rupture de la poche des eaux : Oui /.../ Non /.../

Si oui préciser la date : /.../.../.../

EXAMEN PHYSIQUE

EXAMEN GENERAL

Q32TA : /...../ Température : /.../ Pouls: /.../

Poids en Kg : /...../ Taille en m: /.../

Q33Etat général : /.../

1- Bon 2- Passable 3- Altéré

Q34Etat de la conscience : /.../

1- lucide 2- omnibus 3- altérée

Q35Aspect des muqueuses : /.../

1- colorées 2- moyennement colorées 3- pâles

Q36Présence d'œdèmes : Oui /.../ Non /.../

EXAMEN OBSTETRICAL

Q37Présence de cicatrice : Oui /.../ Non /.../

Q38Axe de l'utérus : /.../

1- longitudinal 2- oblique 3- transversal

Q39Hauteur utérine en cm :

Q40CU : Nombre/10mn : /.../

Réguliers /.../ Irrégulières /.../

Q41Présence des BDCF : Oui /.../ Non /.../

Si oui : Réguliers /.../ Irrégulières /.../

Fréquence/mn : /...../

Q42Foetus

Nombre: /.../1-unique 2-gemellaire 3-autres

Q43Présentation fœtale : /...../

1- céphalique 2- transversale 3- siège

Q44Rupture de la poche des eaux : Oui /.../ Non /.../

Si oui préciser la date et l'heure : /.../.../.../ /.../.../

Q45Aspect du col au toucher vaginal:

Consistance du col : 1- Mou 2- Ferme 3- Dur /.../

Position du col : 1- Antérieure 2- Centrale 3- Postérieure /.../

Longueur du col : 1- Long 2- Moyen 3- Court /.../

Dilatation en cm: /.../

Q46Engagement : Oui /.../ Non /.../

Q47Etat des membranes : /.../

1- Intactes 2- Rompues

Si rompues préciser la date et l'heure : /.../.../.../ /.../.../

Q48Aspect du liquide amniotique : /.../

1- clair 2- méconial 3- purée de pois 4- sanguinolent

Q49Etat du bassin : /.../ 1- Normal 2- Limite 3- Rétréci 4-
Asymétrique

Q50Voie d'accouchement : /.../

1- voie basse 2- césarienne

Accouchement par voie basse : /.../

1 naturel 2 dirigé (Epreuve utérine)

CESARIENNE

Q51Diagnostic retenu: /...../

Q52Type de césarienne : /.../

1- Urgence 2- Programmée

Q53Type d'incision : /.../

1- IMSO 2- Pfannenstiel 3-Joel Cohen

Q54Type d'hystérotomie : /.../

1- Corporéale 2- Segmentaire transversale

3- Corporo-segmentaire 4- Segmentaire verticale

Q55Qualification de l'opérateur :.....

Q56Gestes associés :.....

Q57Type d'anesthésie : /.../

1- A. générale 2- A. locorégionale

Q58Qualification de l'anesthésiste :.....

NOUVEAU-NE

Q59Nombre : /.../

Q60Sexe : 1- masculin 2- féminin /.../

Q61Vivant : Oui /.../ Non /.../

Si oui préciser : Apgar : 1ère minute /.../ 5e minute /...../

Q62Réanimé : Oui /.../ Non /.../

Q63Mesures anthropométriques :

Poids(g) :.....Taille(cm) :.....PC(cm) :.....PT(cm) :.....

Q64Transféré en pédiatrie: Oui /.../ Non /.../

Si oui préciser : - le motif :.....

- la durée du séjour :.....
- l'évolution : 1- favorable /.../ 2- décédé /.../
- Q65 Malformation : Oui /.../ Non /.../
- Si oui préciser:.....

EVOLUTION

- Q66 Complication voie basse : oui /.../ non /.../
- Si oui préciser /.../
- 1 déchirure du périnée 2-hémorragie de la délivrance
- 3 état de choc 4-dehiscence
- 5 rétention placentaire 6 décès
- Q67 Suites de la césarienne :
- Suites : Simples /.../ Compliquées /.../
- Si compliquées préciser :
- a- hémorragiques : /.../
- 1- hémorragie interne 2- hémorragie externe
- b- infectieuses /.../
- 1- suppuration pariétale 2- endométrite
- 3- péritonite 4- septicémie
- c- thromboemboliques /.../
- d- urinaires /.../
- 1- blessure de la vessie 2- fistule urinaire
- e- si autres préciser:.....
- f- décès maternel : Oui /.../ Non /.../
- Si oui préciser la cause du décès :.....
- g- anesthésiologies : Oui /.../ Non /.../
- Q68 Traitement /.../.../.../.../.../1- antibiothérapie 2- thérapie
martiale 3- antibioprofylaxie 5- transfusion sanguine 5-autre Si
autre préciser :.....

FICHE SIGNALITIQUE:

Nom : KONATE

Prénom: Lassine

Titre de thèse : Etude de l'accouchement sur utérus cicatriciel au CS
Réf CVI du District de Bamako.

Année universitaire : 2011 -2012

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

Secteur d'intérêt : Service de Gynécologie et d'Obstétrique.

RESUME_:

Dans notre étude descriptive transversale et prospective de l'accouchement sur utérus cicatriciel sur une période d'un an allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2012, 503 cas ont été colligés à la maternité du CSREF CVI sur un total de 7494 accouchements soit une fréquence de 6,71% dont 1236 césariennes.

Chaque parturiente avait au moins un antécédent de césarienne. On compte : 74,16% d'utérus uni cicatriciels, 22,46% d'utérus bi cicatriciels, 3,38% d'utérus tri cicatriciels.

Dans 19,48% des cas l'accouchement s'est fait par voie basse après la césarienne.

L'épreuve utérine a été réalisée dans 33,60% pour lesquelles 64,50% ont accouché par voie basse et 35,50% reconnus comme cas d'échec, ayant augmenté le taux des césariennes d'urgence à 54,34% (273 cas).

Les facteurs prédictifs de succès de l'épreuve utérine sont : l'indication de la césarienne antérieure et l'ATCD d'accouchement par voie basse avant et / ou après la césarienne.

La césarienne a été pratiquée chez **76,80%(386 cas)** des parturientes réparties de la façon suivante :

* **54,34%(273 cas)** de césarienne faite en urgence ;

* **22,46%(113 cas)** de césarienne prophylactique avec bassin limite (BL) comme principale indication.

Toutes les parturientes accouchées par voie basse ont subi la révision utérine systématique.

1,60% (8 cas) de rupture utérine (**3cas** de rupture franche, **5 cas** de déhiscence utérine) ont été constatées à l'admission.

0,20% (1cas) décès maternel a été déploré.

503 nouveau nés ont été recensés, dont **2,58%(13 cas)** mort in utero dont (11 mort-nés frais et **2** mort-nés macérés) ; **0,80%(4cas)** décès néonataux par détresse respiratoire.

1,43% (7 cas) de Nouveau-nés ont été référés ou évacués au service de Néonatalogie du CHU Gabriel TOURE

Mots clés: Accouchement, utérus cicatriciel, épreuve utérine, césarienne.

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.

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 !

Je le jure !