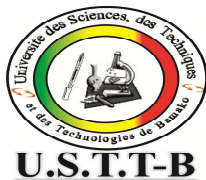


Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2013-2014

N°...../

Thèse

L'ÉPREUVE UTÉRINE AU CENTRE DE SANTE DE RÉFÉRENCE DE KOULIKORO

Présentée et soutenue publiquement le _____ 2014 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par **Mr. SIDIKI. B. TRAORE**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRÉSIDENT : PROFESSEUR SALIF DIAKITE

MEMBRE : DOCTEUR TRAORE SOUMANA OUMAR

CO-DIRECTEUR : DOCTEUR MAMADOU MARY DÉSIÉ KEITA

DIRECTRICE DE THÈSE: PROFESSEUR SY AÏDA SOW

DÉDICACES

AU NOM D'ALLAH, LE TOUT PUISSANT, LE CLEMENT ET MISÉRICORDIEUX

Je dédie ce travail à :

- ✚ Toutes les mères, singulièrement à celles qui ont perdu la vie à la suite des complications de l'accouchement.
- ✚ Aux orphelins dont les mères ont succombé après leur avoir donné la vie.

✚ **A mon cher père : Boubacar S Traoré**

La sincérité, le pardon, la tolérance, l'amour, l'écoute, la compréhension, le respect sont certains de tes valeurs.

Aucune expression orale ou écrite ne déterminera notre niveau de reconnaissance en ton endroit pour notre bonne éducation qui est le meilleur des héritages pour un enfant.

✚ **A ma chère mère : Fatoumata Konaté**

En plus d'être ma mère, tu es pour moi une confidente ; tu m'as consolé, rassuré quand je traversais encore ces moments difficiles. Tu m'as comblé d'amour ; Qu'est ce que j'ai fait pour mériter autant d'amour ? Que Dieu te donne longue vie.

✚ **A mes frères et mes sœurs :**

Compréhension, disponibilité, affection, soutien ne m'ont jamais fait défaut de votre part. Ce travail est le fruit des sacrifices que vous avez consentis dignement et humblement ; c'est l'occasion pour moi de vous en remercier.

✚ **A ma très chère tante : Niamé Traoré**

Les mots me manquent pour te signifier mon amour, ma reconnaissance, mon admiration. Tu as toujours été au rendez-vous.

Tout ce que je vais dire ici ne saurait refléter ce que tu représentes pour moi. Je te dirai tout simplement grand Merci.

🚩 A mon tonton : FEU SOUMANA TRAORE

Tu as été pour moi comme un père et l'affection dont tu as fais preuve à mon égard m'a touché profondément. Durant ces années, ton soutien fut inconditionnel. Ce travail a été réalisé grâce à toi aussi, je t'en remercie. Que ton âme repose en paix.

Remerciements

A tous mes cousins et cousines :

Dramane, Alama, Nama, Gaoussou, Amadou, Fatim, Solo, Sory, Kadiatou : je vous dis merci pour votre soutien.

A tous mes tontons et tantes :

Karamoko Dembélé, Aguibou Coulibaly, Mama kouyaté : Merci pour vos conseils, et vos encouragements.

A tous mes Amis(e) : Alou Coulibaly, Moctar, Odile, Macki, Zoumana, Mohamed Maïga, Ramatoulaye Coulibaly :

je vous dis grand merci pour votre accompagnement et soutien.

A tous les Médecins du Csréf de Koulikoro :

Dr Guindo, Dr Ousmane Diarra, Dr Amadou Coulibaly, Dr Dackouo, Dr Hanna, Dr Diallo, Dr Hamidou : je souhaite à vous tous longue vie et plein de succès dans votre carrière.

Au personnel du centre de santé de référence de

Koulikoro :

Pour votre soutien, vos qualités humaines, votre admiration.

A tous ceux qui de près ou de loin n'ont aménagé aucun effort pour la réussite de cette œuvre : je vous dis merci.

A notre maître et président du jury

Professeur Salif DIAKITE

- ✓ **Professeur Honoraire de gynécologie et d'obstétrique à la
Faculté de médecine de pharmacie et
d'odontostomatologie du Mali et au CHU Gabriel touré**

Cher maître :

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

Homme de science réputé, nous avons été comblés par l'enseignement de qualité dont nous avons bénéficié à vos côtés ;

Nous vous prions d'accepter l'expression de nos sentiments de reconnaissance et de profond respect.

A notre maître et directrice de thèse

Professeur SY Aïda SOW

- ✓ **Professeur honoraire de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie ;**
- ✓ **Présidente de la Société malienne de gynécologie et d'obstétrique (SOMAGO)**
- ✓ **Chevalier de l'ordre de mérite de la santé ;**

Cher maître :

C'est un immense plaisir que vous nous aviez fait en nous confiant ce travail et en gardant un œil critique sur son évolution.

Votre expérience, l'étendue de votre savoir, votre grande disponibilité et votre amour du travail bien fait, font de vous un modèle de maître souhaité ;

Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.

A notre maître et co-directeur

Docteur Mamadou Mary Désiré KEÏTA

Gynécologue obstétricien

**Ancien médecin chef au Centre de Santé de Référence de
Koulikoro ;**

**Actuel médecin chef au Centre de Santé de Référence de la
commune II du district de Bamako**

Chevalier de l'ordre de mérite de la santé ;

Cher maître :

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service.

Votre modestie, votre rigueur dans le travail, vos qualités d'homme de science font de vous un maître accompli, admirable, respecté et respectable.

Permettez nous aujourd'hui de vous exprimer toute notre profonde gratitude pour les savoirs que vous nous avez transmis.

Que Dieu vous garde longtemps auprès de nous

**A notre maître et juge
Soumana Oumar Traoré
Gynécologue Obstétricien au centre de santé de référence de
la commune V du District de Bamako**

Cher maître :

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

Vos grandes qualités pédagogique et scientifique et votre humeur constamment joviale font de vous un maître admirable.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre profond respect.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

batt : Battement

BDCF : Bruits du Cœur Fœtal

BGR : Bassin Généralement Rétréci

CCC : Communication pour Changement de comportement

CPN : Consultation Prénatale

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

G : Gestité

Hbts : Habitants

< : Inférieur

HRP : Hématome Rétro placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

MFIU : Mort Fœtale In Utero

Nbre : Nombre

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OP : Occipito-Pubien

OS : Occipito-Sacré

P : Parité

RAM : Rupture Artificielle des Membranes

RPM : Rupture Prématurée des Membranes

RSM : Rupture Spontanée des Membranes

RU : Révision Utérine.

RUS : Révision Utérine Systématique

SA : Semaine d'Aménorrhée

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

DFP : Disproportion foeto-pelvienne

> : Supérieur

MAF : Mouvements actifs du fœtus

FIG : Figure

Ht :Haut

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale.

INTRODUCTION

La conduite à tenir devant un utérus cicatriciel est l'un des sujets les plus débattus en obstétrique moderne, du fait de la croissance considérable des taux d'accouchements par césarienne (43).

Les deux dernières décennies ont coïncidé avec une augmentation rapide du taux de césarienne dans la plupart des pays, y compris ceux en développement. Ainsi l'obstétricien est de plus en plus confronté aux problèmes de l'accouchement sur utérus cicatriciel [13].

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. [35]

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 [3].

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, le monitoring fœtal et les radiopelvimétries font défaut, les indications de la cicatrice utérine, le type d'incision, les suites post opératoires sont le plus souvent inconnus [2].

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 [3].

L'accouchement sur utérus cicatriciel est une éventualité de plus en plus fréquente en raison de l'augmentation des taux de césarienne [5].

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 [13].

La césarienne est la cause la plus fréquente de cicatrice utérine [27]. Au centre de santé de référence de Koulikoro 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) [27]. La césarienne est systématique après deux césariennes antérieures.

Cependant malgré tout, l'intérêt accordé à la santé maternelle et périnatale au Mali, l'accouchement sur utérus cicatriciel n'a fait l'objet d'aucune étude au centre de santé de référence de Koulikoro, c'est pourquoi nous avons initié ce travail avec les objectifs suivants :

OBJECTIFS

1-Objectif général :

Etudier l'épreuve utérine au centre de santé de référence de Koulikoro.

2-Objectifs spécifiques :

- * Déterminer la fréquence de l'épreuve utérine.
- * Décrire les caractères sociodémographiques des parturientes ayant subi l'épreuve utérine.
- * Identifier les différentes causes de l'échec de l'épreuve utérine.
- * Déterminer les facteurs prédictifs de succès de l'épreuve utérine.
- * Déterminer le pronostic materno-fœtal.

GÉNÉRALITES :

I Définitions :

- L'utérus cicatriciel est un utérus porteur en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, d'une ou de plusieurs cicatrices myométriales. Cette définition exclut les cicatrices uniquement séreuses ou muqueuses comme on peut les rencontrer lors de certaines myomectomies pour myomes sous séreux, de cures de synéchies ou de résection de polypes per-hystéoscopiques sans effraction du myomètre [35].
- On parle d'un utérus :
 - Uni cicatriciel : Lorsque l'utérus porte une seule cicatrice.
 - Bi cicatriciel : Lorsque l'utérus porte deux cicatrices.
 - Tri cicatriciel : Lorsque l'utérus porte trois cicatrices [34].

II UTERUS GRAVIDE [33]

1. ANATOMIE

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 gravidé comprend trois parties :

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

A. 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 4cm pour arriver à terme à environ 32cm. 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 :

	Hauteur (cm)	Largeur (cm)
- à la fin du 3 ^{ème} mois :	13	10
- à la fin du 6 ^{ème} mois :	24	18
- à terme :	32	22

▪ **Direction**

Au début de la grossesse, l'utérus conserve ou même accentue son antéversion. Puis, il s'élève dans l'abdomen, derrière la paroi abdominale antérieure. Les utérus rétro versés se redresseront spontanément pendant le 2^{ème} ou 3^{ème} mois.

A terme la direction de l'utérus dans le sens antéropostérieur, dépend de l'état de tonicité de la paroi abdominale. Quand la paroi est flasque, l'utérus est basculé en avant. Sur le plan frontal, le grand axe utérin s'incline en général du côté droit (76 %) et plus rarement à gauche.

L'utérus subit aussi un mouvement de rotation sur son axe vertical vers la droite (dextro-rotation de 10 à 90°) orientant sa face antérieure en avant et à droite.

▪ **Poids**

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

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

▪ **Capacité**

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

▪ **Epaisseur**

Au début, la paroi utérine s'hypertrophie. Son épaisseur passe d'1cm en dehors de la grossesse à près de 2,5cm 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 3cm.

▪ **Consistance**

De consistance ferme, l'utérus se 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 ; ils peuvent atteindre 40g (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.

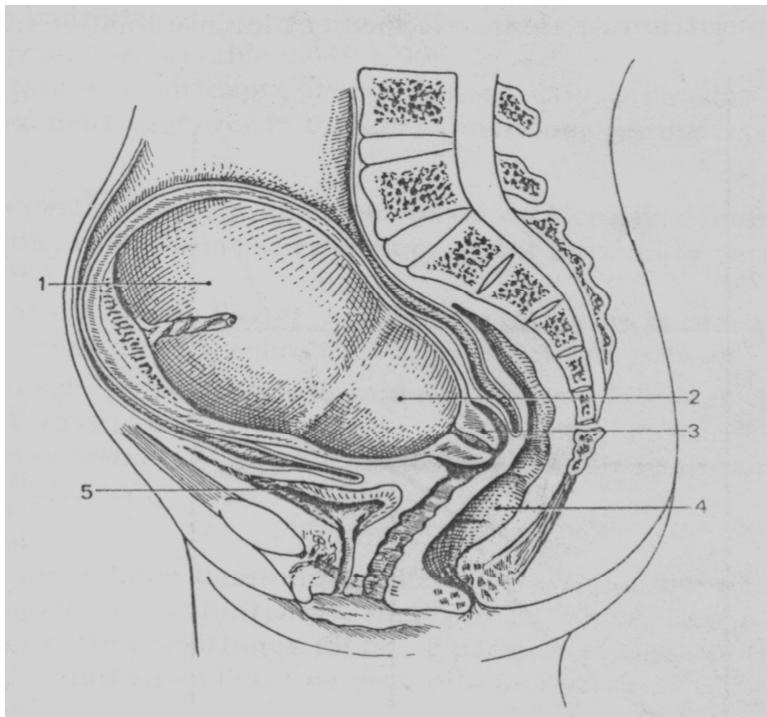
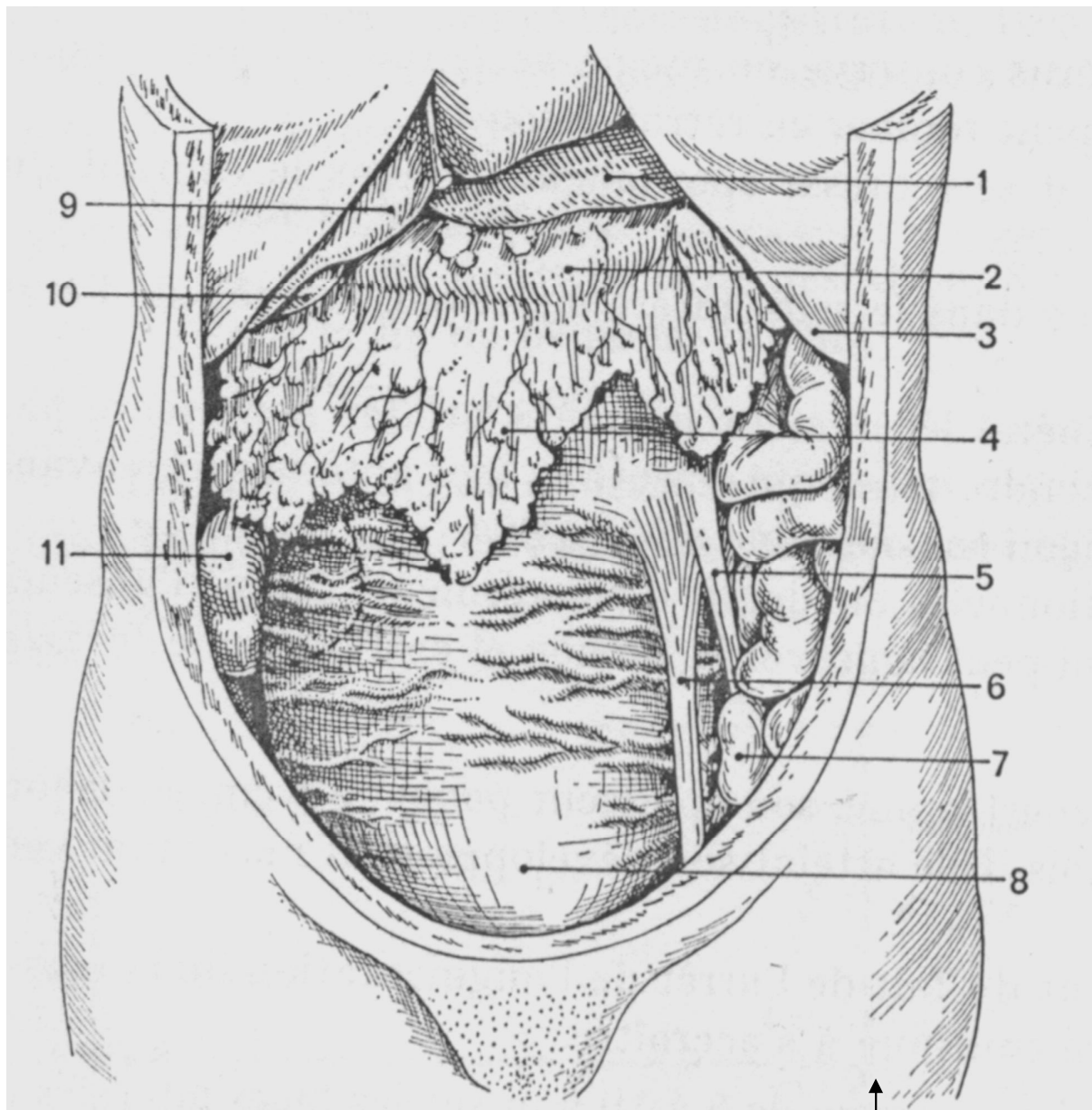


Figure1 [319in 42] :

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



Caudale

Figure 2 [321 in 42]: 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 plexi forme.

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 1mm à terme.

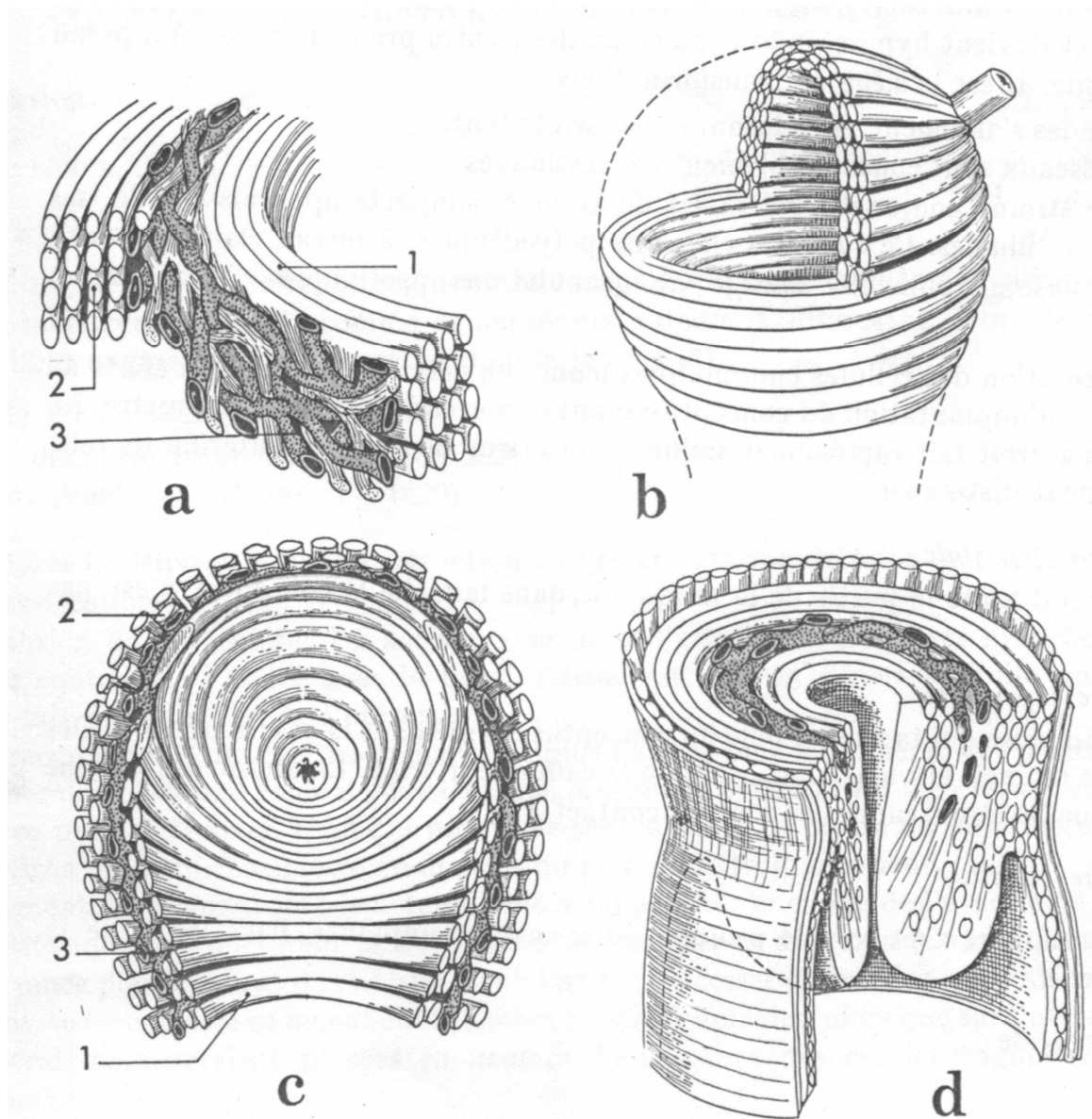


Figure 3 [332 in 42] : Structure du myomètre (De TOURRIS et KAMINA).

- 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.

B. Le segment inférieur

Le segment inférieur est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme, située 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 4mm, 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.

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

- 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 adhérerait 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.

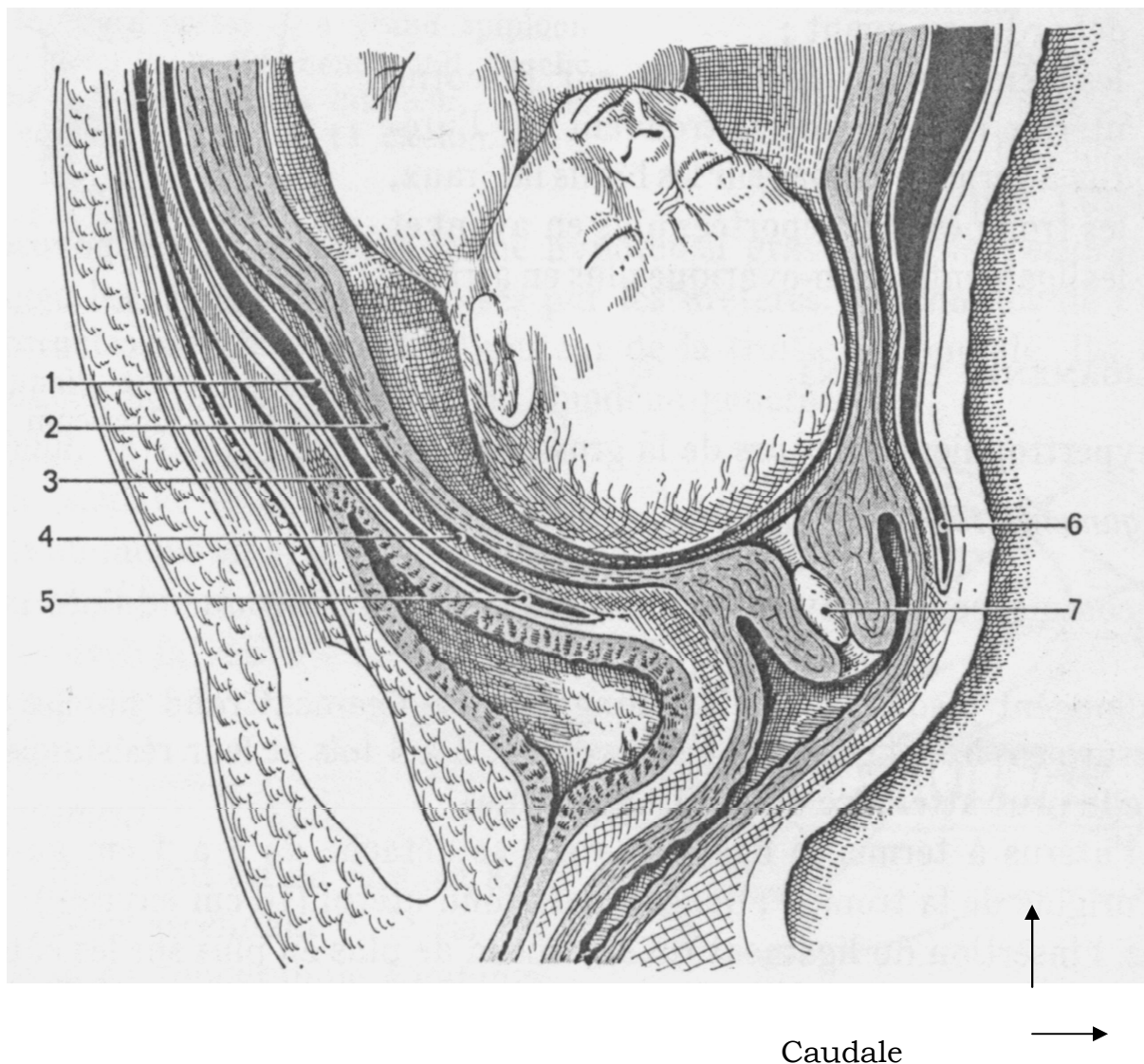


Figure 4 [324 in 42]: Segment inférieur (coupe sagittale). 1. péritoine pré segmentaire – 2. Segment inférieur – 3. Tissu cellulaire – 4. Fascia pré segmentaire – 5. Cul-de-sac vésico-segmentaire – 6. Cul-de-sac recto utérin – 7. Bouchon muqueux

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 les plans 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 praevia.

C. 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 fermés 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.

2. VASCULARISATION DE L'UTERUS GRAVIDE

2.1. 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.

2.2. 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 corporéales sont soumises à la rétractilité des anneaux musculaires.

2.3. Les lymphatiques :

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

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

3. INNERVATION

Deux systèmes sont en jeu :

3.1. 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.

3.2. 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 nerfs de l'utérus, abordant l'organe avec les vaisseaux et se divisant dans l'épaisseur des parois de l'organe en ramuscules d'une extrême ténuité longeant les fibres musculaires lisses, et les nerfs du vagin, qui descendent jusqu'à la vulve.

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

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

4. 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 Braton Hics.

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 foeto-pelvienne.

4.1. 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.

4.2. La progression du fœtus : 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.

III LA CICATRICE UTERINE [36]

A – Etat de la cicatrice

La cicatrice utérine, du fait de sa nature fibreuse prédominante, représente la zone de fragilisation élective 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 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 [39]

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.

B - Etiologie

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

1-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-corporéale ainsi que la mini césarienne pour avortement thérapeutique du 2^{ème} trimestre qui, elle aussi, est corporéale.

- 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.

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.[33]

□ Curetages :

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. [32]

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.

□ Myomectomies :[32]

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 éversants dont les chefs auront été laissés libres dans la cavité utérine, s'interposant ainsi entre les deux parois utérines.

La seule notion de myomectomie est insuffisante et on se doit de vérifier sur le compte-rendu opératoire : le siège, la taille, le nombre 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.

□ Hystéroplasties :

- 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.

- intervention de Bret-Palmer (France 1959) encore appelée intervention de Tompkins (USA 1962): Il s'agit d'une technique abdominale très ingénieuse de section de la cloison sans résection du myomètre ni même résection de l'étoffe de la cloison. Le principe de cette opération maintenant périmée, dans les pays développés, mérite un rappel : incision sagittale 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 [37].

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

□ Réimplantations tubaires et Salpingectomies

Sont très souvent causes de rupture utérine précoce survenant la plupart du temps pendant le 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.

C – Complications

1. Ruptures utérines : [35]

La rupture utérine correspond anatomiquement à une solution de continuité 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 voie de 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 foetale 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 foetale aiguë, sont souvent absents.

La rupture utérine est la complication la plus redoutée chez les patientes enceintes et porteuses d'un utérus cicatriciel.

2. Placenta praevia

L'implantation anormale basse du placenta a des conséquences hémorragiques parfois désastreuses dont on ne doit 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 veineuse, 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.

D - Diagnostic des différentes complications[33]

1- Rupture utérine sur utérus cicatriciel

La rupture pendant la grossesse, volontiers, survient sur un utérus mal formé ou cicatriciel. La cicatrice est généralement corporeale. 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 fœtal ont disparu, l'utérus a changé de forme ; parfois à côté de lui, on perçoit le fœtus sous la paroi.

Le choc hémorragique est dans la plupart des cas, rare. Il y 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 avec minutie.

L'aspect clinique frustré 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 presque toute la grossesse. C'est une de ces crises qui va aboutir à la rupture, le plus souvent avant le début du travail. On peut retrouver une métrorragie. La palpation retrouve une contracture utérine ; le diagnostic sera celui du décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Il ne faut pas hésiter à faire une laparotomie.

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

Il est très facile :

-Après une révision.

-Après une manœuvre qui, laborieuse au début, devient brusquement facile.

-lorsque 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

IV CONDUITE A TENIR LORS D'UN NOUVEL ACCOUCHEMENT ; [29 ; 28]

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.

On a d'abord à se demander si l'on peut laisser l'accouchement se dérouler par les voies naturelles ; puis, lorsque l'accouchement par voie basse a été possible, quelles sont les règles à observer.

▪ Pour la césarienne : Toute césarienne corporéale antérieure est une indication de la césarienne itérative.

Si la césarienne a été segmentaire, l'accouchement par les voies naturelles est souvent possible. La césarienne itérative prophylactique s'impose en cas de dystocie permanente ; quand la femme a été déjà césarisée plusieurs fois ou en cas d'excès de volume utérin.

La voie haute doit être envisagée quand la précédente césarienne a eu des suites compliquées d'infections.

Alors même 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 sus-pubienne, perte de sang etc.

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

A- La césarienne prophylactique[38]

1 - Les indications

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

a) 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.

b) 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'infections : fièvre élevée et persistante, suppuration, lochies fétides, rejet de débris sphacéliques ;
- cicatrices utérines multiples (par exemple 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'hystérographie 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.

c) 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 praevia antérieur

-2 -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 ; 4 voire 5 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.

B- L'épreuve utérine[48]

1 - Les conditions de réalisation

Les trois risques de l'épreuve sont la rupture utérine, la souffrance fœtale et l'échec.

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

a) Les cas favorables

Ces risques sont réduits au minimum si l'on prend soin de vérifier qu'il n'existe aucun facteur péjoratif indiquant une césarienne prophylactique.

Les éléments du pronostic sont constitués par :

- une césarienne antérieure purement segmentaire avec des suites opératoires simples. L'hystérographie 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.

b)- 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 Magnin 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 [10].

c)-Déclenchement et utérus cicatriciel

Le déclenchement du travail lorsque les conditions locales sont médiocres ou défavorables, c' est à dire les cas imposant une maturation cervicale par des prostaglandines, est formellement contre-indiqué.

Par contre, dans des cas très bien choisis (col effacé, dilaté à 2-3 cm, souple avec un bon palper introducteur), le déclenchement est tout à fait acceptable sous réserve que l'on rompe d'emblée les membranes et que l'on mette une tocographie interne.

La seule rupture des membranes permet d'ailleurs assez souvent d'obtenir une activité utérine et les doses de *Syntocinon* ne dépassent pas dans ces conditions 10 mU /min.[18]

2 – Conduite de l'épreuve utérine [38]

a) 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) 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 2 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 hypokinésie 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.

c) 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.

d) 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 décailloté, on repère les berges de la déchirure et détermine l'atteinte d'un ou des deux pédicules 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 (Catgut et Vicryl). On discutera d'une ligature tubaire.

➤ La déhiscence de la cicatrice

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

3- Les cicatrices utérines autres que la césarienne

a) 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.

b) 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) Les cicatrices de salpingectomie ou d'anastomoses isthmo-interstitielles.

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.

d) 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.

V CLASSIFICATION DES UTERUS CICATRICIELS

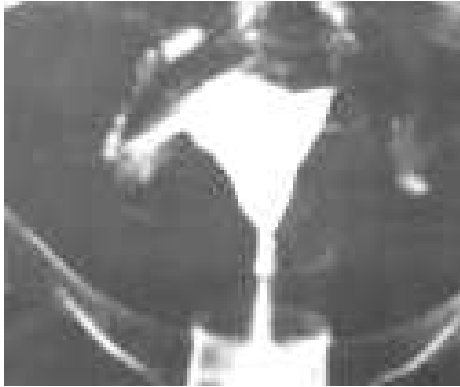
Classification hystérosalpingographique selon Thoulon : [44]

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.

Figure 5 : Hystérogaphie [19]



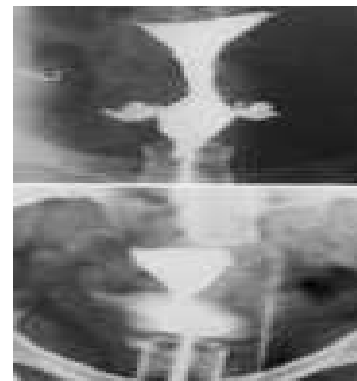
Groupe 1 :
Cicatrice invisible



Groupe 2 :
petite déformation < 4 mm



Groupe 3 :
Déformation limitée d'aspect
Morphologique bénin
(Coin, baïonnette,
Encoche)



Groupe 4 :
déformation de mauvais
aspect morphologique
(bouchon de champagne,
hernie, fistule)

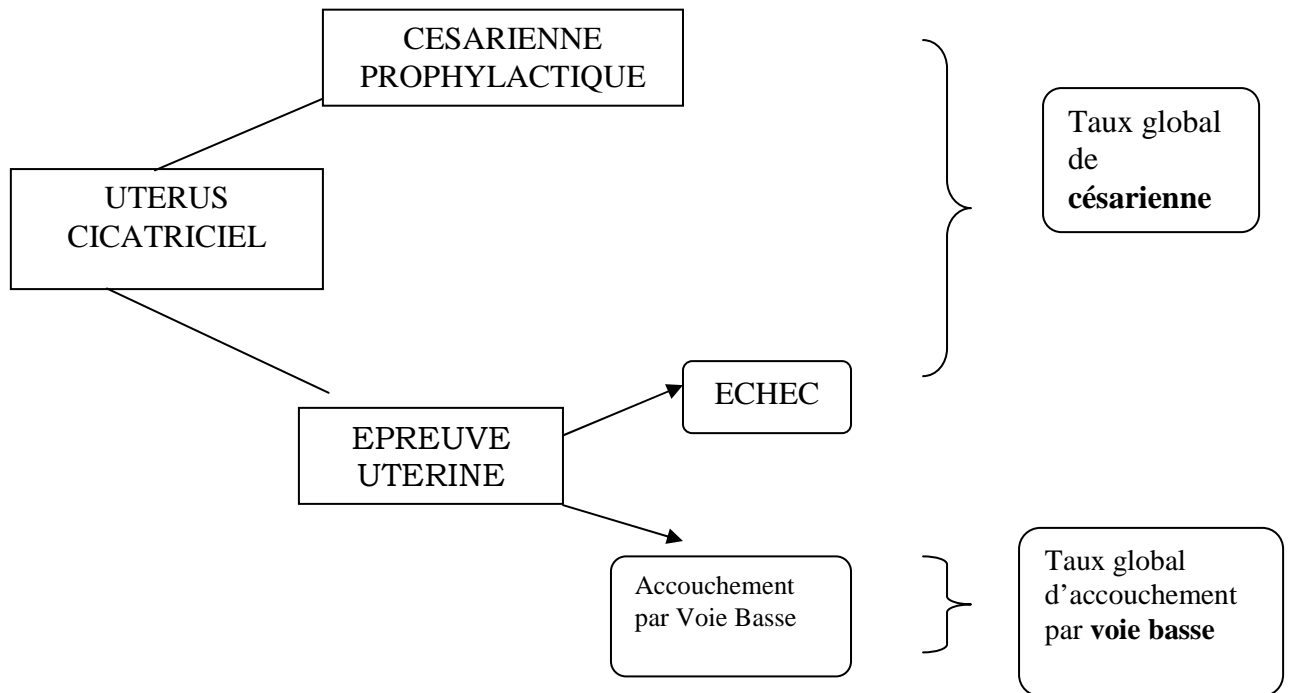
1. Classification échographique selon Rozenberg : [38]

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 :

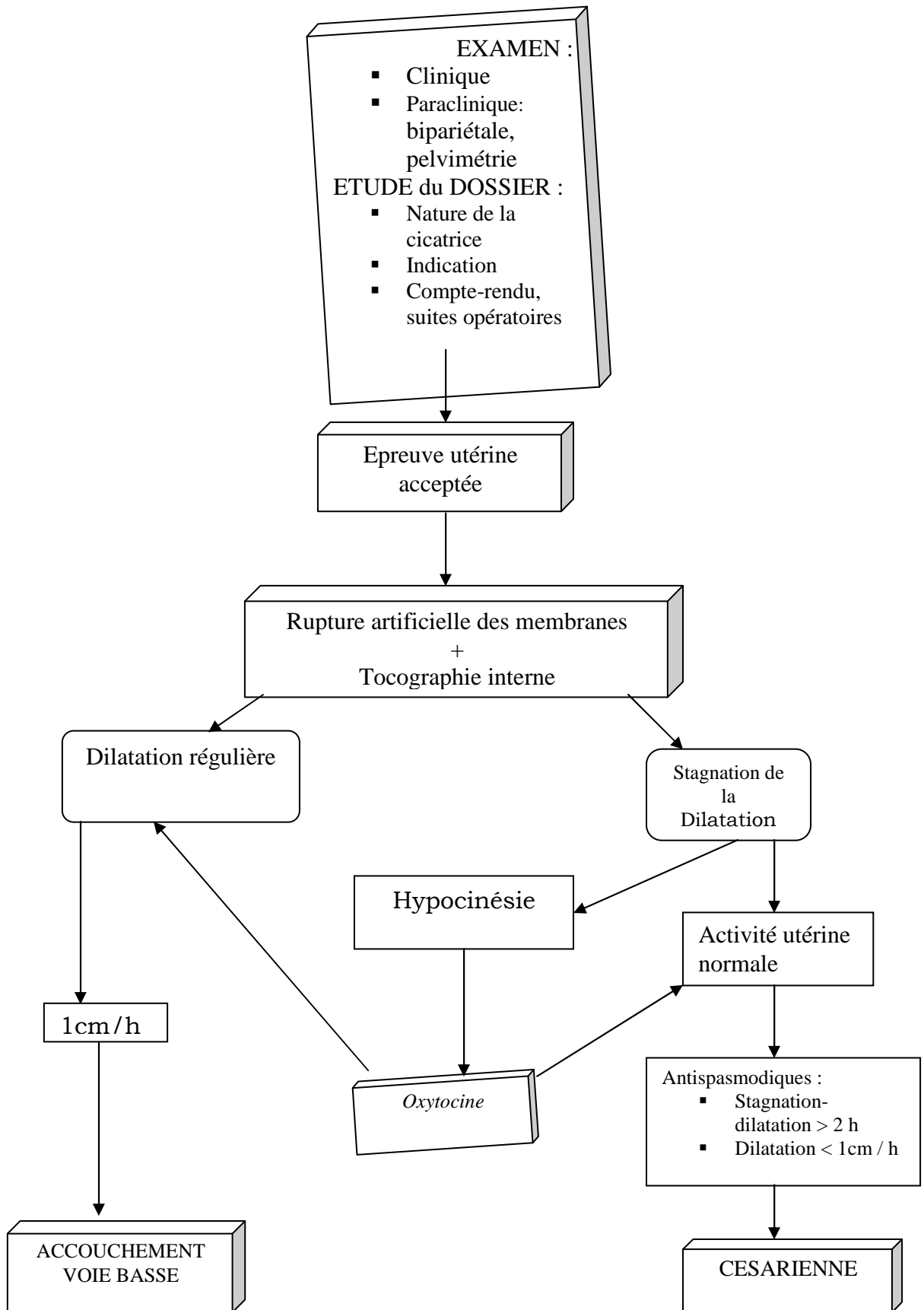
- groupe 1 : segment inférieur normal (supérieur à 3 mm en épaisseur et sans solution de continuité)
- groupe 2 : segment inférieur exclusivement inférieur à 3mm
- groupe 3 : existence d'une solution de continuité du segment inférieur éventuellement associée à un amincissement de la paroi et/ou une anomalie de la courbure du segment inférieur.

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

Modalités d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel [28]



Conduite de l'épreuve utérine [28]



METHODOLOGIE

I. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de Koulikoro au service gynécologie obstétrique.

1. Aperçu historique:

La ville de Koulikoro retient deux versions pour sa création.

La première version indique: que vers 1 800, le village de Koulikoro fut créé par un chasseur du nom de Dioba venu de Ségou;

Selon la deuxième version, Koulikoro serait créé par un chasseur du nom de Telemé Diarra petit frère de Dioba qui quitta Kayo pour venir s'installer aux faîtes de la colline d'où le nom de Koulikoro;

Ce qu'il faut retenir, c'est que Dioba était le plus âgé, donc le premier chef reconnu du village et de fondateur.

En 1850 les familles Singaré et Fofana arrivèrent du cartà sous la pression de El hadj Oumar et vinrent s'installer en paisible cultivateurs pasteurs et pêcheurs auprès des Bambara fondateurs.

2. Données géographiques

2.1 Superficie et limites

Le cercle de Koulikoro avec une superficie de 7260 km² est situé à cheval sur le fleuve Niger.

Il est limité:

Au nord par le cercle de Banamba.

Au nord Ouest par le cercle de Kolokani

A l'Ouest par le cercle de Kati

Au sud par le cercle de Dioïla

2.2 Relief :

Le relief est dominé par des plateaux et des plaines. C'est dans le cercle de Koulikoro que disparaissent les dernières chaînes du Mont Mandingue. On y trouve également quelques plateaux dans les communes de Tienfala, Koula et Sirakorola.

2.3 Climat et végétation

Le climat de type soudano-sahélien est caractérisé par une saison sèche et une saison pluvieuse. Il existe quelques forêts classées à la lisière du désert avançant à grand pas.

2.4 Hydrographie

Le cercle est drainé par le fleuve Niger principal cours d'eau qui le traverse sur une distance de 130 km. Il a un régime irrégulier et n'est pas navigable en toute saison ni navigable sur tout son tronçon.

2.5 Voie et réseaux de communication

Situé à 60 km de Bamako, le cercle de Koulikoro en est relié par une route goudronnée peu sécurisée. Les chefs lieux des communes sont reliés à celui du cercle par des routes et pistes qui ne sont praticables qu'en une partie de l'année, actuellement la route Koulikoro Banamba est goudronnée.

Le cercle est relié à la plupart des CSCOM par un RAC et par téléphone (dans certaines localités).

3. Données démographiques

Le cercle de Koulikoro compte 175 236 habitants (DNSI actualisée en 2006). La population rurale représente 83% de la population. Le taux d'accroissement est de 1,6% pour l'ensemble du cercle. Le cercle est découpé en neuf communes dont une commune urbaine et huit communes rurales

4. Données économiques

- L'économie du cercle est composée surtout par:

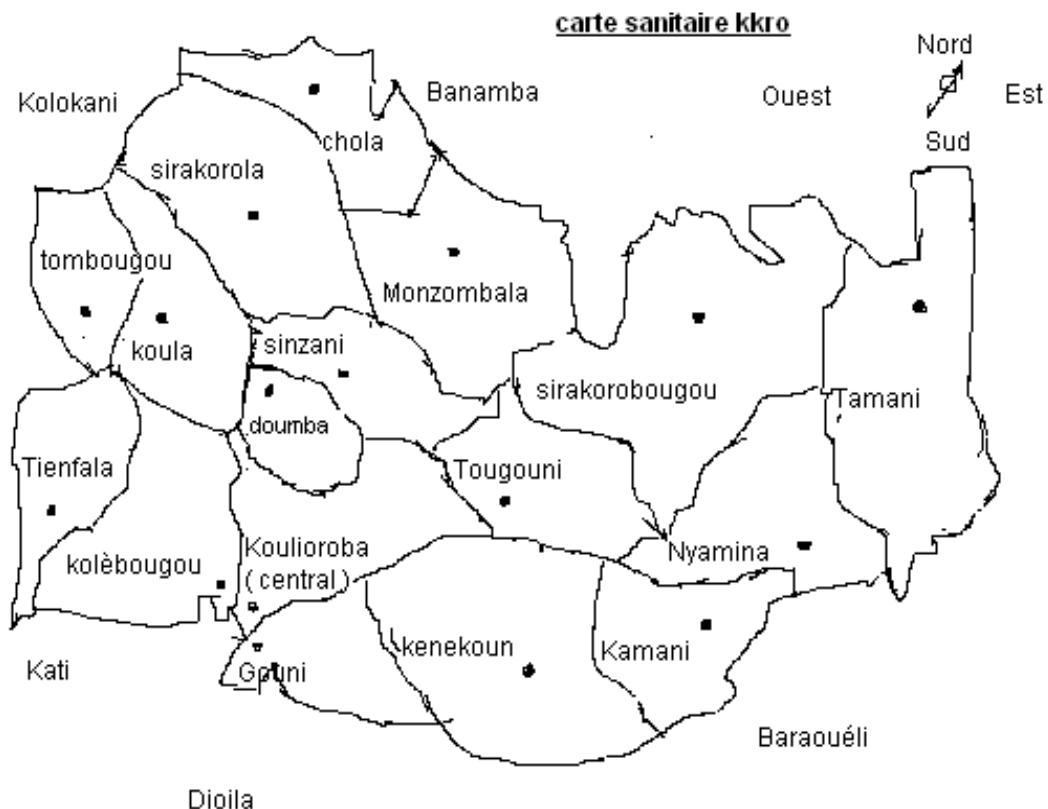
Le secteur primaire (l'agriculture, l'élevage, la pêche).

- Il existe quatre usines (Huilerie, les constructions navales, l'usine de piles et le grand moulin).

Le secteur tertiaire (commerce, transport et tourisme) est moins représenté

5. Carte sanitaire

La couverture socio sanitaire du cercle de Koulikoro est assurée par un centre de santé de référence et par 14 centres de santé communautaires.



6. Les structures publiques et parapubliques de la ville: Ces structures sont :

- 1 -Un CSREF.
- 2 -Deux CSCOM opérationnels.
- 3-Un CMIE (centre médical inter entreprise) de l'INPS.
- 4-Une Garnison militaire (centre médical)

7. Les structures privées: Elles sont représentées par:

- Une clinique d'accouchement; un cabinet médical
- Cinq officines de pharmacies.

8. Les partenaires: Nous pouvons citer comme partenaires du CSRéf:

- L'Etat.
- La FELASCOM. (ASACO).
- La Mairie.
- Les ONG.

9. Structure du centre de santé de référence: Le centre de santé de référence de Koulikoro occupant le 2ème niveau de référence selon la pyramide sanitaire de notre pays et situé entre Koulikoro gare et le camp militaire à Koulikoroba, faisant face au stade municipal Diarra H Mamadou. Il est doté d'infrastructures suivantes:

- Deux blocs opératoires fonctionnels,
- Un nouveau bloc opératoire construit non fonctionnel.
- Une salle de stérilisation,
- Un service de gynécologie et d'obstétrique,
- Un service de chirurgie générale,
- Un service de médecine,
- Un service d'ophtalmologie,
- Un service d'odontostomatologie,
- Un laboratoire,
- Une salle d'informatique;
- Un secrétariat;
- Des salles d'hospitalisation,
- Deux pharmacies (pour jour et nuit),
- Une morgue,

- Un service social,
- Une unité tuberculose,
- Une unité de soins d'accompagnement et de conseil VIH/SIDA (USAC),
- Une unité d'hygiène / d'assainissement.
- **9-1 Le personnel du CSREF de Koulikoro:** Il est composé de:
 - 6 Médecins, dont 3 spécialistes(un médecin gynécologue, un médecin chirurgien, un médecin ophtalmologue).
 - 6 Assistants médicaux,
 - 4 Sages femmes,
 - 1 Infirmière obstétricienne,
 - 7 Matrones,
 - 2 Infirmiers d'état.
 - 2 infirmiers du premier cycle.
 - 1 Secrétaire
 - 1 Aide comptable,
 - 1 Gestionnaire,
 - 1 Technicien d'hygiène
 - 4 Manœuvres,
 - 3 Chauffeurs,
 - 3 Gardiens,
 - 1 Laborantin.

9-2 Matériels utilisés: Le centre de santé de référence de Koulikoro dispose de :

- Deux véhicules et une ambulance qui sont fonctionnels,
- Le téléphone sotelma et le système radio de communication (RAC) sont aussi fonctionnels : Ils assurent les communications entre les structures sanitaires périphériques et le centre de santé de référence.
- Les fiches de référence / évacuation et rétro information sont disponibles

9-3 présentations du service de gynécologie et d'obstétrique:

Il est situé vers le côté Est du centre entre la médecine et le bloc opératoire. Il reçoit les gestantes et parturientes de la ville de Koulikoro et les autres structures sanitaires de son aire et de celles des cercles frontaliers de la commune de Koulikoro. Ce service est composé de :

La maternité : qui se compose :

- D'une salle d'accouchement: avec 2 tables d'accouchement ;
- D'une salle de travail avec 3 lits ;
- D'une salle de stérilisation ;
- Des salles de suites de couche: composées de 4 salles et 20 lits ;
- D'une unité de planification familiale ;
- D'une unité de consultation prénatale ;
- D'une unité de consultation post natale ;
- D'une salle de garde et deux toilettes ;
- D'un bureau pour le gynécologue obstétricien ;
- D'un bureau pour la sage femme maîtresse.

9-4 Organisation du service:

- **Le Médecin gynécologue obstétricien:** Il est responsable de la maternité, chef du centre et assure la consultation gynécologique et obstétricale tous les lundis et jeudis, le suivi des patientes en salle d'hospitalisation, les interventions chirurgicales (gynécologiques et obstétricales).
- **Sage femme maîtresse:** Elle veille sur la bonne marche du service et assure la mise à jour des registres (accouchement, hospitalisation, déclaration des naissances).
- **Les autres sages femmes:** assurent les CPN, les accouchements, les consultations post-natales et les gardes.

II. TYPE ET PERIODE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective et transversale, qui s'est déroulée du 20 février 2009 au 20 février 2010 soit une année.

III. POPULATION D'ETUDE

Notre étude a porté sur l'ensemble des parturientes venues d'elles même ou référées admises dans le service pendant la période d'étude quelle que soit la voie d'accouchement.

1-Critères d'inclusion :

Sont incluses dans notre étude toutes les parturientes porteuses d'une cicatrice utérine unique (cicatrices de césarienne, de myomectomie sans effraction de la cavité utérine) ayant ou non fait sa preuve avec un fœtus en présentation du sommet, une hauteur utérine inférieure à 36 cm sur un bassin normal.

2-Critère de non inclusion:

N'ont pas été incluses dans notre étude les parturientes ayant :

- un utérus multi cicatriciel ;
- une cicatrice utérine de césarienne corporéale ;
- un utérus uni cicatriciel sur bassin anormal ;

- une grossesse multiple sur utérus cicatriciel ;
- une hauteur utérine supérieure ou égale à 36cm ;
- une présentation autre que celle du sommet ;
- un placenta inséré sur la cicatrice de césarienne (à l'échographie) ;
- un IIG inférieur à 2 ans (patientes dont la cicatrice utérine n'avait pas encore fait sa preuve);

3- Conduite de l'épreuve utérine

L'épreuve utérine a été menée chez toutes les parturientes dans des conditions rigoureuses avec surveillance stricte à l'aide du partogramme après avoir éliminé toute contre-indication et en l'absence de toute perfusion ocytotique.

IV. ECHANTILLONNAGE :

Toutes les patientes répondant aux critères d'inclusion sont choisies de façon exhaustive durant la période d'étude.

V COLLECTE DES DONNEES:

Nos données ont été collectées sur un questionnaire individuel pour chaque parturiente.

VI Variables étudiées

Les variables suivantes ont été étudiées : âge, principale occupation de la gestante, statut matrimonial, niveau d'instruction en français, nombre de cicatrices utérines, CPN, indication de la césarienne antérieure, taille, bassin, terme de la grossesse, voie d'accouchement, état du nouveau né, poids du nouveau né, état de la Mère, l'intervalle inter génésique

VII TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES:

Nous nous sommes servis du logiciel Microsoft Office Word 2007 pour la saisie, SPSS.12 pour l'analyse des données .Les tests statistiques utilisés pour la comparaison sont : le Khi2 de Pearson et Fisher. La différence est significative si $P < 0,05$.

VIII LES DEFINITIONS OPERATOIRES :

- **Accouchement** : C'est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques aboutissants à l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors de l'utérus.
- **Utérus cicatriciel** : C'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.
- **Epreuve utérine** : C'est un essai d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel.
- **Gestité** : elle se définit comme étant le nombre de grossesse d'une femme
- **Nulligeste** : c'est une femme qui n'a jamais contracté de grossesse
- **Paucigeste** : c'est une femme qui a contracté entre 2 à 3 grossesses
- **Multigeste** : c'est une femme qui a contracté entre 4 à 5 grossesses
- **Grande multigeste** : lorsque le nombre de grossesse est ≥ 6
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement
- **Nullipare** : c'est une femme qui n'a jamais accouché
- **Paucipare** : c'est une femme qui a accouché 2 à 3 fois
- **Multipare** : c'est une femme qui a accouché entre 4 à 5 fois
- **Référence** : mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un patient qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée.
- **Evacuation**: la référence dans un contexte d'urgence.

RESULTATS

1. Fréquence :

Sur un nombre total de 700 accouchements, nous avons enregistré 130 cas d'utérus cicatriciel (soit 18,6%), dont 105 répondaient aux critères de notre étude avec une fréquence de 15% par rapport au nombre total d'accouchements.

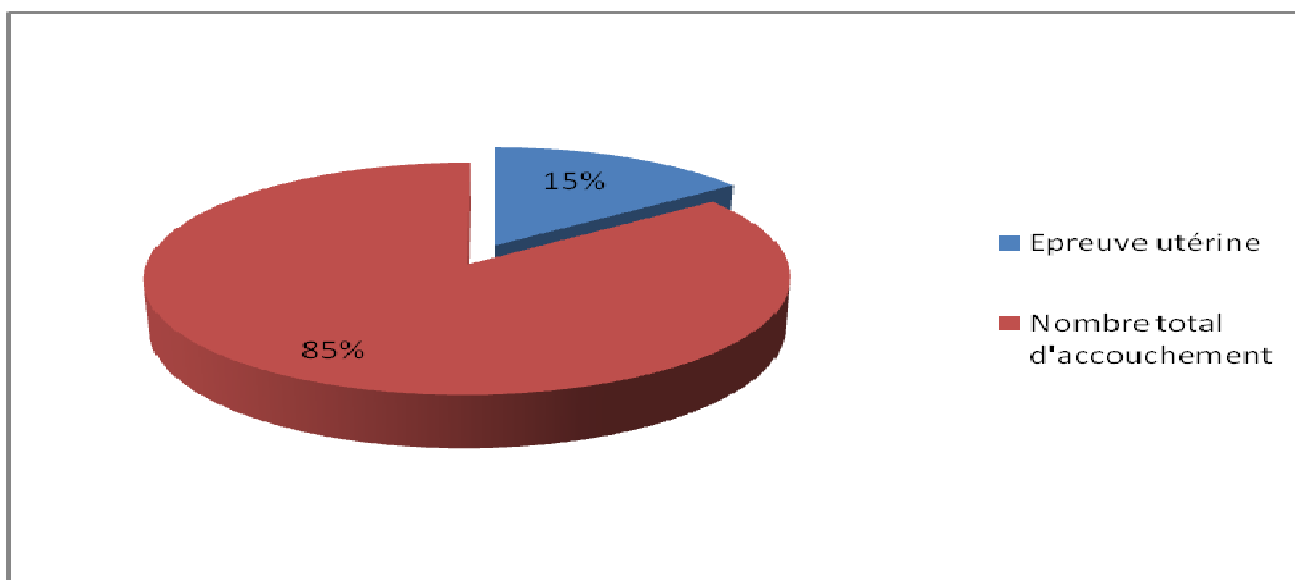


Figure6 : Fréquence de l'épreuve utérine

2. caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : Répartition des parturientes selon les tranches d'âge

AGE	Effectif	Pourcentage
15-19 ans	14	13,3
20-34ans	84	80,0
≥ 35 ans	7	6,7
Total	105	100,0

Les extrêmes variaient entre 17 et 43ans avec un âge moyen de 30ans.

Tableau II : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL	Effectif	Pourcentage
Mariées	100	95,2
Célibataires	5	4,8
Total	105	100,0

Tableau III : Répartition des parturientes selon leur occupation.

OCCUPATION	Effectif	Pourcentage
Ménagère	95	90,5
Elève/Etudiante	5	4,8
Salariée	5	4,8
Total	105	100,0

Tableau IV: Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction en français.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	75	71,4
Primaire	20	19,0
Secondaire	5	4,8
Supérieur	5	4,8
Total	105	100,0

Tableau V : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Evacuée	17	16,2
Référée	29	27,6
Venue d'elle-même	59	56,2
Total	105	100,0

Tableau VI: Répartition des parturientes selon le motif d'évacuation

Motifs d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Travail d'accouchement sur utérus cicatriciel	40	87
Défaut d'engagement à dilatation complète	6	13
Total	46	100

Tableau VII: Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	2	2
VIH	1	1
Aucun	102	97
Total	105	100

Tableau VIII: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	103	98
Myomectomie*	2	2
Total	105	100

* Le type de myomectomie n'a pas pu être identifié.

Tableau IX : répartition des parturientes selon l'indication de la césarienne antérieure

Indication de la césarienne antérieure	Effectif	Pourcentage
SFA	15	14,3
DFP	34	32,4
Procidence du cordon	7	6,7
Placenta prævia	4	3,8
Dystocie cervicale	8	7,6
Non précisé	31	29,5
HRP	6	5,7
Total	105	100,0

Tableau X: Répartition des parturientes selon les suites opératoires antérieures

Suites de couche antérieures	Effectif	Pourcentage
Inconnues	10	10
Simple	95	90
Total	105	100

Tableau XI : Répartition des parturientes selon l'antécédent d'accouchement par voie basse

Antécédent d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Avant césarienne	40	38
Après césarienne	20	19
Avant et après césarienne	10	10
Aucun	35	33
Total	105	100

Tableau XII : Répartition des parturientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Paucigeste	64	61,0
Multigeste	25	23,8
Grande multigeste	16	15,2
Total	105	100,0

Gestités extrêmes = 2 et 14

Gestité moyenne = 8

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon la parité

PARITE	Effectif	Pourcentage
Primipare	46	43,8
Paucipare	37	35,2
Multipare	13	12,4
Grande multipare	9	8,6
Total	105	100,0

Parités extrêmes = 1 et 12

Parité moyenne = 6,5

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon l'intervalle intergénéral (II G) en année

II G en année	Effectif	Pourcentage
< 2 ans	16	15,2
≥ 2 ans	89	84,8
Total	105	100,0

Tableau XV : Répartition des parturientes selon le nombre de Consultation prénatale (CPN)

CPN	Effectif	Pourcentage
0 CPN	18	17,1
1 à 3 CPN	56	53,3
≥ à 4	31	29,5
Total	105	100,0

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la qualification de l'auteur du suivi prénatal.

Auteur	Effectif	Pourcentage
Médecin	2	1,9
Sage-femme	58	55
Infirmière obstétricienne	7	7
Matrone	20	19
CPN non faite	18	17,1
Total	105	100,0

3. Examen clinique

- ❖ **A l'admission**, l'ensemble de nos patientes avait un pouls compris entre 60 et 100 p/mn avec des conjonctives bien colorées.

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon la tension artérielle à l'admission

Tension artérielle (mm hg)	Effectif	Pourcentage
<140 / 90	102	97
[140 / 90 -150 / 99]	3	3
Total	105	100

Le bilan d'hypertension artérielle était normal.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon leur température à l'admission

Température	Effectif	Pourcentage
Fièvre*(38,5°C)	1	1
Normale	104	99
Total	105	100

*Goutte épaisse était positive.

Tableau XIX Répartition des parturientes selon le terme de la grossesse à l'admission.

Terme de la grossesse En SA	Effectif	Pourcentage
35à 36	4	4,6
37 à 42	82	94,3
Supérieur à 42	1	1,1
Total	87	100,0

Tableau XX : Répartition des parturientes selon les BDCF à l'admission

BDCF	Effectif	Pourcentage
Absents	2	2
Présents	103	98
Total	105	100

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon la phase du travail d'accouchement à l'admission

Phase du travail	Effectif	Pourcentage
Latence	35	33,3
Active	70	66,7
Total	105	100 ,0

Tableau XXII: Répartition des parturientes selon l'engagement de la présentation à l'admission

Engagement	Effectif	Pourcentage
Oui	60	57,1
Non	45	42,9
Total	105	100,0

Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon l'état de la poche des eaux à l'admission

Poche des eaux	Effectif	Pourcentage
Intacte	95	90,5
Rompue	10	9,5
Total	100	100,0

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon l'aspect du liquide amniotique à l'admission

Aspect du LA	Effectif	Pourcentage
Claire	102	97,1
Teinté	3	2,9
Total	105	100,0

4. Accouchement

Tableau XXV: Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	41	39
Voie haute	64	61
Total	105	100,0

4.1. Accouchement par voie basse :

Tableau XXVI: Répartition des parturientes ayant accouché par voie basse selon la durée du travail d'accouchement

Durée totale du travail	Effectif	Pourcentage
< 6 heures	2	4,9
6-12 heures	36	87,8
>12 heures	3	7,3
Total	41	100,0

Durée moyenne du travail était 09 heures30mn. Les extrêmes variaient entre 05heures et 14heures.

Tableau XXVII : Répartition des parturientes selon le type de délivrance

Délivrance	Effectif	Pourcentage
Artificielle	1	2,4
Dirigée	40	97,6
Total	41	100,0

Tableau XXVIII: Répartition des accouchées selon la pratique de la révision utérine

Révision utérine	Effectif	Pourcentage
Oui	41	100
Non	0	0
Total	41	100,0

4.2. Accouchement par césarienne

❖ **La décision de césarienne** avait été prise pendant la phase active chez les 64 patientes césarisées.

Tableau XXIX : Répartition des patientes césarisées selon le temps écoulé avant la prise de décision de césarienne

Temps	Effectif	Pourcentage
< 6HEURES	28	43,8
≥6HEURES	36	56,2
Total	64	100,0

La durée moyenne du travail avant la prise de décision de césarienne était 07heures. Les extrêmes variaient entre 04heures et 10heures.

Tableau XXX : Répartition des parturientes selon l'indication de la césarienne

Indication de la césarienne	Effectif	Pourcentage
SFA	32	50,0
Sommet mal fléchi	9	14,1
Syndrome de pré rupture utérine	6	9,4
Dystocie cervicale	15	23,4
Procidence du cordon battant	2	3,1
Total	64	100 ,0

Tableau XXXI : Répartition des parturientes selon le diagnostic per opératoire

Diagnostic per opératoire	Effectif	Pourcentage
Circulaire du cordon	8	12,5
Bretelle du cordon	4	6,2
Macrosomie	1	1,6
Néant	51	79,7
Total	64	100,0

5. Etat foetal

Tableau XXXII: Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR

Score d'APGAR	première Mn		Cinquième Mn	
	E	%	E	%
0	2	1,9	2	1,9
1-3	1	1,0	0	0,0
4-7	11	10,4	1	1,0
8 à 10	91	86,7	102	97,1
Total	105	100 ,0	105	100,0

Tableau XXXIII: Répartition des nouveau- nés selon le poids de naissance

Poids de naissance en gramme	Effectif	Pourcentage
<2500	6	5,7
2500 à 3999	98	93,3
≥4000	1	1,0
Total	105	100,0

Le poids moyen= 2750 grammes

Les extrêmes étaient 1500 grammes et 4000 grammes

Tableau XXXIV : Répartition des nouveaux nés selon leur transfert en néonatalogie

Transfert en néonatalogie	Effectif	Pourcentage
Oui	12	11,4
Non	93	88,6
Total	105	100,0

Tableau XXXV : Répartition des nouveau-nés selon le motif du transfert en néonatalogie

Motif du transfert	Effectif	Pourcentage
Souffrance néonatale	10	83,4
Prématurité	1	8,3
Macrosomie	1	8,3
Total	12	100,0

6. Facteurs influençant la réussite de l'épreuve utérine

Tableau XXXVI : Relation entre l'âge et le mode d'accouchement

Age	Mode d'accouchement			
	Voie basse		Voie haute	
	E	%	E	%
15-19	7	50	7	50
20-34	32	36	52	62
>34	2	28,6	5	71,4
Total	41	39	64	61

Khi2=2,01 P=0,64

La différence n'est pas statistiquement significative ($P>0,05$)

Tableau XXXVII : Relation entre la parité et le mode d'accouchement

Parité	Mode d'accouchement			
	Voie basse		Voie haute	
	E	%	E	%
Primipare	19	41,3	27	58,7
Paucipare	13	35,1	24	64,9
Multipare	5	38,5	8	61,5
Grande multipare	4	44,4	5	55,6
Total	41	39	64	61

Khi2= 1,04 P=0,72

La différence n'est pas statistiquement significative ($P>0,05$)

Tableau XXXVIII Répartition des patientes selon l'indice de masse corporelle et le mode d'accouchement

Indice de masse corporelle	Mode d'accouchement			
	Voie basse		Voie haute	
	E	%	E	%
Inconnue	10	37	17	63
<30	20	53	18	47
≥30	11	27	29	73
Total	41	39	64	61

Khi2= 5,14

P=0,02

La différence est statistiquement significative (P<0,05)

Tableau XXXIX: Relation entre l'antécédent d'accouchement eutocique et le mode d'accouchement actuel

Antécédent d'accouchement par voie basse	Mode d'accouchement			
	Voie basse		Voie haute	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Avant césarienne	15	37,5%	25	62,5%
Après césarienne	5	25%	15	75%
Avant et après césarienne	9	90%	1	10%
Aucun	12	34,3%	23	65,7%
Total	41	39%	64	61%

Probabilité exacte de Fischer=0,022

La différence est statistiquement significative (P<0,05)

Tableau XXXX: Relation entre l'intervalle inter génésique et le mode d'accouchement

IIG (année)	Mode d'accouchement			
	Voie basse		Voie haute	
	E	%	E	%
< 2ans*	7	43,8	9	56,2
≥ 2ans	34	38,2	55	61,8
Total	41	39	64	61

Khi2= 0,18

P=0,4

La différence n'est pas statistiquement significative (P>0,05)

*Parturiente dont la cicatrice utérine avait déjà fait sa preuve.

Tableau XXXXI : Relation entre le poids de naissance des nouveaux nés et le mode d'accouchement

Poids de naissance	Mode d'accouchement			
	Voie basse		Voie haute	
	E	%	E	%
< 2500	6	100	0	0
2500-3999	35	36	63	64
≥4000	0	0	1	100
Total	41	39	64	61

Probabilité exact de Fisher= 0,22

La différence n'est pas statistiquement significative (P>0,05)

Tableau XXXXII : Relation entre l'indication de césarienne antérieure et le mode d'accouchement

Indication de césarienne antérieure	Mode d'accouchement			
	Voie basse		Voie haute	
	E	%	E	%
SFA	6	40	9	60
DFP	14	41,2	20	58,8
Procidence du cordon battant	1	14,3	6	85,7
Placenta prævia	2	50	2	50
Dystocie cervicale	3	38	5	62
RPM	4	66,7	2	33,3
Inconnue	11	35,5	20	64,5
Total	41	39	64	61

Probabilité exact de Fisher= 0,73

La différence n'est pas statistiquement significative ($P>0,05$)

Tableau XXXXIII : Relation entre le score d'apgar à la première minute et le mode d'accouchement

Score d'apgar	Mode d'accouchement			
	Voie basse		Voie haute	
	E	%	E	%
0	2	100	0	0
1-3	1	100	0	0
4-7	5	45,5	6	54,5
8-10	33	36,3	58	63,7
Total	41	39	64	61

Khi2= 19,1

P=0,001

La différence est statistiquement significative ($P<0,05$)

Tableau XXXXIV : Relation entre le score d'apgar à la Cinquième minute et le mode d'accouchement

Score d'apgar	Mode d'accouchement			
	Voie basse		Voie haute	
	E	%	E	%
0	2	100	0	0
4-7	1	100	0	0
8-10	38	37,3	64	62,7
Total	41	39	64	61

Probabilité exacte de Fischer=0,6

La différence n'est pas statistiquement significative ($P > 0,05$)

7. Pronostic materno-fœtal :

7.1. Pronostic fœtal

Tableau XXXXV : Répartition des nouveau-nés selon leur état en période néonatale

Etat du nouveau né	Effectif	Pourcentage
Mort né	2	1,9
Décès néonatale	1	1,0
Vivant	102	97,1
Total	105	100,0

Nous avons enregistré 2cas de MFIU et **un cas de décès néonatal précoce** recensé dans un contexte de grande prématurité.

Tableau XXXXVI : Répartition des nouveau-nés selon leur cause probable de décès

Cause de décès	Effectif	Pourcentage
Grande prématurité	1	33,3
Paludisme sur grossesse	1	33,3
Polymalformation	1	33,3
Total	3	100,0

7.2. Pronostic maternel :

Tableau XXXXVII : Répartition des parturientes selon les différents types de complications maternelles (Post partum)

Complications maternelles	Effectif	Pourcentage
Hémorragie par atonie utérine	3	2,9
Déchirures des parties molles	1	1,0
Néants	101	96,1
Total	105	100,0

7.3. Durée d'hospitalisation :

Tableau XXXXVIII : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
6 heures	41	39
3 à 4 jours	60	57,2
5 à 7 jours	4	3,8
Total	105	100,0

Commentaires et Discussion

I. LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

Fréquence :

Notre étude était de type transversale qui s'est déroulée du **20 février 2009 au 20 février 2010** au CSRéf de Koulikoro. Au total **130** accouchements sur utérus cicatriciels ont été réalisés au cours de notre période d'étude sur **700** accouchements et 105 cas d'utérus uni cicatriciel ont été retenus pour l'étude.

Nous avons observé une fréquence globale de 18,6%. Cette fréquence des accouchements sur utérus cicatriciels n'est pas influencée par l'âge, la parité, la profession, et le terme de la grossesse.

Notre taux d'accouchement sur utérus cicatriciel est supérieur à celui de Bah A [3] au Mali qui est de 8,89% et de Flamm[20] aux Etats-Unis qui est de 9,2%.

Tranche d'âge :

Au cours de notre étude la tranche d'âge de **20 à 34 ans** était la plus représentée soit **80%**, ce taux est comparable à celui de A Hamet (2) qui a trouvé **82%** de la même tranche d'âge.

Statut matrimonial :

95,2% de ces parturientes sur utérus cicatriciel étaient mariées et **71,4%** sont non scolarisées en français.

Ce faible taux de niveau d'instruction des parturientes s'explique par le bas niveau de scolarisation au Mali et particulièrement celles des filles. Ce taux est comparable à celui de Coulibaly .M(15) qui a trouvé 77,6%.

La Parité :

9 parturientes soit **8,6%** étaient des grandes multipares contre 43,8% pour les primipares .Ce résultat est comparable à ceux de Coulibaly M(15) et Diallo O(17) avec respectivement 9,3% et 11,8%.

Nature de la cicatrice utérine :

Dans notre échantillon 98,8% des parturientes étaient porteuses de cicatrice de césarienne et seulement dans 1, 2% des cas la cicatrice était liée à une myomectomie. Ce résultat est comparable à celui de Koumare Z(27) qui a trouvé 98,7% des parturientes porteuses de cicatrices de césarienne.

Intervalle inter génésique :

La majorité des parturientes soit 84,8% des cas avait un intervalle inter génésique supérieur ou égal à 2ans. Nous pensons que l'espacement de naissance en cas de cicatrice utérine est une bonne pratique qu'il faut envisager. Ce résultat est supérieur à celui de Koumare Z(27) qui a trouvé 79,2% des cas avec un intervalle intergénésique supérieur ou égal à 2ans.

Indications de la césarienne antérieure :

Parmi les différentes indications de la césarienne antérieure la DFP était la plus représentée avec **32,4%**. Ouattara A (34) dans son étude a trouvé 60% pour gros fœtus.

Le suivi prénatal :

Au cours de notre étude le nombre de CPN réalisé compris entre **1 à 3** était la plus représenté soit **53,3 %** contre **17,1%** pour les **0** CPN, Ce résultat est inférieur à celui de Coulibaly M (15) qui trouve **42%** des parturientes qui n'avaient pas fait de CPN, Ouattara A (34) a rapporté **70%** des parturientes ayant fait une seule CPN.

L'auteur des CPN :

En fonction de la qualification de l'agent de la CPN les sages femmes représentaient **55%** contre **19%** pour les matrones et **1,9%** des médecins.

II PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT :

1-Taux d'épreuve utérine :

L'épreuve utérine a été proposée à 105 femmes parmi les 130 utérus cicatriciels soit 80,7%.

Notre taux est comparable aux taux de certains auteurs : 80,5% pour ROZENBERG [38] et 88,6% pour OUATTARA A [34]. Dans la littérature 75 à 80% des femmes aux antécédents de césariennes devraient subir une épreuve utérine.

Il est supérieur à celui de Benzineb [5] qui est de 47,6% ; CISSE [13] 54,5%.

Ceci s'explique par le fait que durant l'étude nous avons éliminé toutes les causes pouvant influencées négativement sur une tentative d'accouchement par voie basse étant donné que nous ne disposons pas de cardiotocographe interne.

2- La réussite de l'épreuve utérine

Durant la période d'étude l'épreuve utérine a réussi chez **41** parturientes sur 105 (**39%**) dont **40** spontanés et une ventouse. Notre résultat est inférieur à celui de Koumaré Z (27) avec un taux de 67,5% ;Benzineb[13] **82%**.

3-L'échec de l'épreuve utérine :

Parmi les 105 femmes soumises à l'épreuve utérine 64 parturientes, soit 61% ont bénéficié d'une césarienne.

Ce taux mérite d'être souligné dans un service où la surveillance de la parturition est purement clinique.

Notre résultat est comparable à certains auteurs africains qui figurent dans notre revue de littérature : 70,2% pour Benzineb [5] et 74,8% pour Bah A [3]

III -Césarienne sur utérus cicatriciel

1-Difficulté opératoire:

La principale difficulté opératoire sur utérus cicatriciel au cours de cette étude est la présence des adhérences. Elles ont été trouvées dans 21,9% .

Nous avons fait **94%** d'hystérotomie segmentaire transversale et **6%** d'hystérotomie corporelle à cause des adhérences rendant le segment inférieur inaccessible et le décollement de la vessie impossible. Ceci s'explique par notre souci majeur de faire des cicatrices utérines de bonne qualité donc la cicatrice segmentaire. Ouattara A [34] a trouvé **99,6%** d'hystérotomie segmentaire et **0,4%** segmento-corporéale.

2- La pratique associée :

-LRT :

Nous avons pratiqué 6% (4/64) des cas de ligature et résection des trompes.

IV-Révision utérine

Dans notre service la révision utérine est systématique après accouchement sur utérus cicatriciel.

Nous n'avons eu aucun cas de déhiscence ou de rupture utérine lors de la révision utérine. L'absence de ces évènements s'explique par notre attitude : pas de déclenchement sur utérus cicatriciel ni de direction du travail à l'ocytocine.

V- Facteurs influençant la voie d'accouchement

1. Age

Selon les données de la littérature, Bujold et al [10] démontrent qu'un âge maternel supérieur ou égal à 35ans serait lié à un risque plus élevé d'échec de l'épreuve utérine.

Dans notre étude d'épreuve utérine, nous constatons que le taux de césarienne par échec de l'épreuve utérine augmente au fur et à mesure que l'âge avance soit 50% [15-19ans [; 62% [20-34ans [et 71,4% [>34. Notre résultat est comparable à celui de Diarra A.K [18] avec un taux de césarienne qui s'élève également avec l'âge (11,5% [20-25ans [; 22,2% [30-35ans [et 30,0% [34-40ans) ; La différence n'est pas statistiquement significative (P=0,64).

2. La parité

De nombreux auteurs [26, 46] pensent que la multiparité est un facteur de fragilisation de la cicatrice, et par conséquent un facteur prédisposant à l'échec de l'épreuve utérine, et notent que ce risque est majeur pour les grandes multipares.

Diarra A.K [18], dans son étude au Mali constate que le taux de césarienne s'élève à 25,0% chez les grandes multipares contre 23,8% chez les primipares.

Dans notre étude, nous constatons que le taux de césarienne s'élève à 61,5% chez les multipares contre 58,7% chez les primipares. Notre résultat est supérieur à celui de Traoré M.A [45] avec un taux de césarienne qui s'élève à 58,07% chez les multipares contre 53,95% chez les primipares.

La différence n'est pas statistiquement significative (P=0,72).

3. Antécédent d'accouchement par voie basse

De nombreuses études ont montré que l'antécédent d'accouchement par voie basse est un facteur favorisant pour la réussite de l'épreuve utérine ; Vercoustre L. [47] souligne que la réussite d'un accouchement par voie basse après césarienne est augmentée en présence d'un antécédent d'accouchement par voie basse et cela même si celui-ci a lieu avant la césarienne.

Sur les 105 parturientes soumises à l'épreuve utérine au cours de notre étude, le taux de césarienne est plus élevé chez les parturientes qui n'avaient jamais accouché par voie basse soit 65,7% contre 10% chez les parturientes qui avaient accouché avant et après la césarienne. Notre résultat est supérieur à celui de Diarra A.K [18] avec le même constat qui avait trouvé un taux de césarienne à 31% chez les parturientes qui n'avaient jamais accouché par voie basse. La différence est statistiquement significative ($P=0,022$) et celle-ci pourrait s'expliquer par l'état psychologique des parturientes qui jusqu'à preuve de contraire considèrent la cicatrice utérine comme un handicap.

4. Indice de masse corporelle

L'obésité maternelle serait un facteur péjoratif à la réussite de l'épreuve utérine: Diarra A.K [18], Dans son étude, démontre que le taux d'échec de l'épreuve utérine est plus élevé dans le groupe des patientes où l'IMC est supérieur à 30 soit 36,8% contre 14% dans le groupe où IMC est inférieur à 30. Bujold [10] conclut au même résultat, Il trouve que l'IMC > 30 engendre un taux d'échec de l'épreuve utérine significativement supérieur à celui des patientes ayant un IMC < 30.

Dans notre étude, nous concluons au même résultat avec un taux d'échec de l'épreuve utérine qui est plus élevé dans le groupe des parturientes où l'IMC est supérieur à 30 soit 73% contre 47% dans le groupe où l'IMC est inférieur à 30 ; la différence est statistiquement significative ($P=0,02$).

5. Intervalle intergénérisique

Toutes patientes dont l'intervalle intergénérisique était inférieur à 2ans (patientes dont l'utérus n'avait pas encore fait sa preuve), n'étaient pas incluses dans notre étude. Durant la période d'étude nous n'avons pas observé une rupture utérine par désunion de cicatrice. Selon les données de la littérature, Espsito et al [19] ont constaté qu'un intervalle de temps inférieur à 6mois était associé à un risque de rupture utérine non négligeable

Selon Cissé CT. (13), Une cicatrice datant de moins de 1an est une indication de césarienne prophylactique.

Diarra A.K dans son étude trouve 1,2% de taux de rupture utérine par désunion de la cicatrice.

6. Indication de césarienne antérieure

Elle serait un facteur susceptible d'influencer sur la réussite de l'épreuve utérine. Dans notre série d'étude, nous constatons que le taux de césarienne s'élève à 62% en cas d'antécédent de césarienne pour dystocie cervicale ;

Notre résultat est comparable à celui de Diarra A.K [18] avec un taux de césarienne qui s'élève à 57,1% en cas d'antécédent de césarienne pour dystocie cervicale. Shipp TD. [41] confirme cette idée en retrouvant un taux d'échec de voie basse augmenté en cas de stagnation du travail.

Cependant la différence n'est pas statistiquement significative (P=0,43).

7. Poids de naissance

Le risque de rupture utérine lors de l'épreuve utérine en cas de macrosomie fœtale est estimé à 0,3% dans la série de Flamm BL. (20) ;

Weinstein D. [49] établit une différence significative (p=0,03) entre le poids des nouveau-nés issus d'un accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel (2816g) et celui des nouveau-nés issus d'une césarienne (3011g).

Dans notre étude, nous n'avons pas diagnostiqué de rupture utérine ni de déhiscence de cicatrice ceci pourrait s'expliquer par notre attitude prudente et la sélection rigoureuse des parturientes et tous cas de macrosomie ou suspicion de macrosomie a fait l'objet d'une indication de césarienne prophylactique. Malgré cette rigueur, nous avons enregistré un cas de

macrosomie diagnostiqué après accouchement par césarienne par suite d'échec d'épreuve utérine. Traoré M.A [45] a également enregistré un cas de macrosomie foétale dans son étude.

La différence est statistiquement significative ($P=0,002$)

VI. Autres facteurs

-Les suites opératoires antérieures

Plusieurs études démontrent que l'endométrite du post-partum augmente le risque de rupture utérine lors des grossesses ultérieures.

Shipp TD. [41] trouve que l'association d'une fièvre du post-partum et la rupture utérine est réelle.

Dans notre étude, la méconnaissance des antécédents de suites de couche des parturientes n'a pas empêché la réalisation de l'épreuve utérine et l'obtention de résultats satisfaisants.

-Qualité de la cicatrice

Dans notre étude, aucune patiente n'avait réalisé l'hystérosalpingographie pour l'appréciation de la cicatrice après la césarienne antérieure. Cependant, notre attitude par rapport à la cicatrice utérine (cicatrice unique, durée supérieur ou égale à 2ans, HU inférieure à 36cm, pas de déclenchement du travail, pas d'administration d'utéro-tonique au cours du travail d'accouchement) nous a permis d'obtenir un résultat satisfaisant.

-Mesure du segment inférieur

Au cours de notre étude, aucune patiente n'avaient fait l'échographie pour l'appréciation de l'épaisseur du segment inférieur dans le but de prévoir le pronostic d'accouchement.

VII. Pronostic materno-foetal :

1. Pronostic foetal

Nous avons enregistré 3 cas de décès soit 2,9% dont 2 mort-nés et un cas de décès néonatal (grande prématurité). Ce constat se voit chez des parturientes dont la grossesse n'a pas été suivie ou une mauvaise observance des consultations prénatales.

A l'admission, Le rythme cardiaque foetal n'était pas perçu chez deux parturientes soit 2% des cas.

Les BDCF étaient normaux dans 98% des cas. Le score d'Apgar à la 5^{ème} minute était supérieur ou égal à 8 chez 102 nouveau-nés soit 97,1% et inférieur ou égal à 4 chez un nouveau né soit 1%. Le pronostic néonatal immédiat était satisfaisant dans notre série. Nous n'avons enregistré qu'un cas de décès néonatal pour grande prématurité.

En **2006** à l'hôpital régional de Gao, Diallo O.[17] avait trouvé **22,8%** des nouveaux nés avec un état général satisfaisant (Apgar entre 8 et 10 à la première minute).

Kéita Y. [25] avait trouvé 6,8% de décès néonatal.

2. Pronostic maternel

Nous n'avons enregistré aucun cas de décès maternel ; ni de déhiscence de cicatrice. Trois parturientes, soit 2,9% ont présenté une hémorragie de la délivrance toutes par atonie utérine.

Ouattara A [34] a enregistré 3 décès maternels tous par hémorragie.

Traoré M.A [45] dans son étude a enregistré un cas d'hémorragie du post partum soit 0,8%.

Aucune complication post césarienne n'a été enregistrée dans notre étude.

Notre résultat s'explique par la présence du personnel qualifié, la prise en charge rapide des urgences gynéco obstétricales et par la présence dans le service d'une mini banque de sang.

CONCLUSION

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

Nous avons recensé **105** utérus unicatriciels pendant la période d'étude, soit **15 %** par rapport au nombre total d'accouchement.

Nous y remarquons que l'accouchement sur utérus cicatriciel reste beaucoup tributaire de la césarienne. La voie d'accouchement la plus fréquente est la voie haute. Le taux global de césarienne est donc de **64** sur **105** utérus cicatriciels, soit **61 %** de cas.

Il faut noter qu'avec une surveillance obstétricale normale et attentive, un utérus uni cicatriciel après césarienne segmentaire doit être considéré comme un utérus normal, susceptible à la femme d'accoucher tout aussi simplement et ne les expose pas à un risque particulier de rupture utérine. En outre c'est le moyen le plus efficace pour réduire le taux global de césarienne, permettant de ce fait, un gain significatif en termes de morbidité et de mortalité maternelle ainsi qu'en termes d'économie de santé.

Les faibles taux de mortalité et morbidité retrouvés dans notre étude comme en Afrique noire montrent que dans la pratique obstétricale des pays en voie de développement à l'instar des pays développés, les utérus unicatriciels apparaissent de plus en plus comme des utérus « normaux » malgré les contraintes liées au sous équipement .La surveillance rigoureuse du travail à l'aide du partogramme , le diagnostic précoce des dystocies a permis d'améliorer le pronostic en terme de décès maternel. La situation à haut risque dans notre étude comprenait les grossesses non suivies ou irrégulièrement suivies.

RECOMMANDATIONS

Nous formulons au terme de notre étude les recommandations suivantes :

A l'intention des femmes :

- Suivre régulièrement les consultations prénatales dès le début de la grossesse,
- Amener tout document médical pouvant apporter des informations utiles pour une prise en charge adéquate.

Honorer : les rendez-vous post opératoires.

A la communauté :

- Participer aux campagnes de communication pour le changement favorable de comportement en faveur d'une meilleure surveillance des grossesses et la reconnaissance des signes de danger liés aux utérus cicatriciels,
- Scolariser les filles.

Aux autorités sanitaires :

- Assurer la formation continue des agents de santé, notamment les sages-femmes,
- Assurer la formation de spécialistes en gynécologie obstétrique,
- Intensifier la promotion des activités de planification familiale,
- Octroyer au centre de santé de référence de koulikoro un cardiocographe.

Au personnel de santé :

- Renforcer les activités de sensibilisation des femmes sur les risques liés à la grossesse sur utérus cicatriciel,
- Remplir correctement les carnets de santé des femmes, les bulletins de sortie, les registres d'accouchement et de compte rendu opératoire,
- Référer à temps vers les centres de santé de référence et les hôpitaux toute gestante ayant un utérus cicatriciel.
- Revoir les femmes en post opératoire 6-8 semaines après en vue de les orienter vers une unité de planification familiale.
- Revoir les patientes opérées 6 mois après l'intervention pour la réalisation de l'hystérogaphie qui appréciera la qualité de cicatrice utérine.

Références

- 1. Aboufalahy A; Abbassi H; El Karroumi M; Himmi A; El Mansouri A:** Accouchement gémellaire sur utérus cicatriciel: Peut-on autoriser l'épreuve utérine ?
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod; 1999; 28: 820-4.
- 2. A. Hamet 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.
- 3. Ba A. :** Grossesse et accouchement sur utérus cicatriciel : à propos d'étude cas témoins. Thèse de médecine, Bamako, 2003 N°72.
- 4. Bensaid F; El Barnoussi L; Moussaoui D; Filali A; Bezar R; et Al :** Les ruptures utérines sur utérus cicatriciel : A propos de 4 observations
J. Obstet. Gynecol, 1996 ; 4 (1) :9-13.
- 5. 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.

6. Berger D, Richard H, Grall J et al.

Utérus cicatriciel. Résultats et sélection des patientes à l'accouchement par voie basse. A propos de 884 dossiers. J. Gynecol obstét Biol Réprod, 1991, 20 : 116-122.

7. Blanc B : Accouchement par la voie basse et utérus cicatriciel. j. Gynecol. Obstet. Biol.Reprod ; 1998 ; 24 :183-6

8. Boisselier P, Maghioracos P, Marpeau L.

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

9. Boulanger.jc.uterus cicatriciel et accouchement.in :Tournaire M. Mise à jour gynécologie et obstétrique paris ,CNGOF-Vigot,1984 :203-35.

10. Bujold et AL.

Trial of labor in patients with a previous cesarean section: does maternal age influence the outcome? Am. J. Obstet. Gynecol., 2004, 190: 1113-1118.

11.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.

12. Chibani M; Basly M; Messaoudi L; Abdelkrim B; Menaoudi

F: Epreuve utérine et étude analytique de 111 observations.

J. obstet. Gynecol, 1996, 4 (6): 375-377.

13. Cissé CT ; Ewagnignon E ; Terolbe I ; Accouchement sur

utérus cicatriciel au CHU de Dakar. J Gynécol Biol Reprod

1999 ; 28 ; 6 : 556-562.

14. Cosson M, Dufour Ph, Nayama M, Vinatier D, Monnier JC :

Pronostic obstétrical des utérus cicatriciels. A propos de 641 cas. J

Gynecol Obstet Biol Reprod 1995;24:434-9.

15. Coulibaly M : Etude de l'accouchement sur utérus cicatriciel

dans le service de Gynécologie obstétrique du CHU du Point G :

étude rétrospective de 2006 à 2007 à propos de 215 cas. Thèse

de médecine, Bamako ; 2009 N°412

16. Dembélé 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.

17. Diallo O. : La césarienne Aspects épidémiologiques, cliniques,

socio-économique et pronostic materno-foetal à l'hôpital régional

de Gao en 2005 à propos de 153 cas. Thèse de médecine 2006

N°290.

18. Diarra A.K. : Epreuve uterine au centre de santé de reference de la commune II du district de Bamako.Thèse de médecine 2013 N°277.

19. Espsito et Al : Increase risk of cesarean delivery with advancing maternal age indication and associated factors in nulliparous women. J. Obstet. Gyndecol. 2001, 185(4) : 883-7

20. Flamm B.L: Once caesarean always a controvercy Obstet.Gynecol; 1997 ; 90 (2) : 312-15.

21. Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ, Fallon D, Yoshida MM.

Vaginal birth after cesarean delivery: result of a 5 year multi-center collaborative study. Obstet Gynecol 1990 ; 76 : 750-4.

22. Haddad.S ; Maria.B :L'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel. presse.Med 1996 ;25 :813 ;17.

23. Kamina P : Dictionnaire d'anatomie: atlas/Pierre kamina-paris :Maloine S.A.19838 ; Anatomie Gyneco-Obstetrique ; Pierre Kamina-Paris :MALOINE ;1984.

24. Kanté F Grossesse et accouchement à risque dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital national du Point G 723 cas.Thèse M ; Bamako 1997, N°24.

25. Keïta Y. : Etude de la césarienne à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune IV du district de Bamako. Thèse de médecine, Bamako, 2006 N°287.

26. Khabouz S ; Berrada P ; Ferhati D ; Bouchikhi C ; EL Hanchi Z : Rupture utérine à propos de 292cas.
Rev.Fr. Gynecol obstet (1999), 94 (5):399-404.

27. Koumaré Z : Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako à propos de 77 cas. Thèse de médecine, Bamako ; 2009 N°135

28. Lansac J; Berger C;Magnin G : Obstétrique pour le praticien
4^{eme} édition 1994 SIMEP .12 Rue de L'Eperon 75008 Paris.

29 . Lansac .J,Body.G. Pratique de l'accouchement.2^{eme} édition
1992.SIMEP12 RUE de l'Eperon75006 Paris.

30. Lehmann .M; Hedelin .G; Sorgue .C; Gollner .G.L; Grall .C; Chami .A et Al : Facteurs prédictifs de la voie d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel.
J. Gynecol. Obstet. Biol.Reprod ; 1999 ;28 ; 358-68.

31. Magnin G.
L'accouchement sur utérus cicatriciel. Pratique de l'accouchement, Paris, SIMEP, 2^{eme} éd, 1992 : 154-8

32. Meicler P ; Daraie ; Pinet G et AL ; Rupture utérine sur utérus cicatriciel méconnu.Rev Fr . Gynécol.obstét 1991 ; 86 : 10 ; 609_ 11.

33. Merger R ; Levy J ; MELCHIOR J:Précis d'obstétrique;6^e édition;Masson Paris, 1995 ; 1 : 39-47.

34. Ouattara A : Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune V. Thèse M Bamako 2003 N°101.

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

36.Perrotin F. ;Marret H. ;Fignon A. ; Body G. ; Lansac :Utérus cicatriciel: la revision uterine systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement par voie vaginale est_ elle toujours utile .Journal Gynécol. Obstét.Biol ,1999 :28 :253_62.

37. Précis de Techniques chirurgicales En gynécologie par **Denis Querlen.**édition Masson 1995.

38. Rozenberg P ; Lewin D ; Philippe HJ : Valeur prédictive de l'examen échographique du segment inférieur en cas. d'utérus cicatriciel .Rech gynécol. 1990 ; 2 : 136_ 40.

39. Ruiz_ Vetasco V ; Rosas Arceo J. Appréciation de la cicatrice de césarienne. Rev. Fr Gynécol ; 1971 ; 66 : 83_ 93.

40. Saint Hilaire P, Gaucherand P, Bagou G, Rudigoz RC. Grossesse et utérus cicatriciel. Encycl Méd Chir Paris, Obstétrique 5- 030-A-20, 1992 : 16p.

41. Shipp T.D., Zelop C. Cohen A., Repke J.T., Lieberman E. : Post cesarean delivery fever and uterine rupture in a subsequent trial of labor. Obstet. Gynecol., 2003, 101 (1) : 136-139

42. Sow O.K : Epreuve utérine à l'hôpital Somine Dolo de Mopti. Thèse M Bamako 2010 N°349

43. Tarik Kharrasse : Accouchement sur utérus cicatriciel à propos de 614 cas au CHU Ibn Rochd de Casablanca. Thèse de médecine ; 2006, N°18

44. Thoulon JM: Les gestes interdits sur utérus cicatriciel gravide.
Rév. Fr Gynéco_ Obstét. 1981 ; 76 ; 135_ 39.

45. Traoré M.A : Epreuve utérine au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse M Bamako 2010 N°540

46.VENDITTELI F., COLIN C., VERGNENEGRE A.

Epreuve utérine ou césarienne itérative chez une patiente antérieurement césarisée ? Un exemple d'analyse de décision médicale. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1995, 24, 636-643.

47. Vercoustre L et al.

Essai de travail en cas de césarienne antérieure. Revue de la littérature à propos de deux cas. Rev. Fr. Gynecol. Obstét., 1993, 88(5) : 333-341.

48. Wecksleir LN. Masserman SH; Garite T J: Placenta

accreat : a problem of increasing clinical significance.obstet Gynecol. 1986; 69: 480_ 2.

J. Gynecol Obstet biol. Reprod; 1991; 20 ; 568-74.

49. Weinstein DW., Benhustan A., Anos V., Zilberstein R., Rojansky N.

Predictive score for vaginal birth after caesarean section.

Am J Obstét Gynécol 1996 : 174 : 192 – 8

50. Zelop C., Shipp T.D., Repke J.T. Cohen A., et Al.

Outcomes of trial of labor following previous cesarean delivery among women whit fetuses weighing > 4000g.
Am. J. Obstet. Gynecol., 2001, 185(4): 903-905

Fiche d'enquête

I Identification :

Q 1 : Age :.....ans

Q 2 : Ethnie :.....

1. Bambara 2. Peulh 3. Sonrhäï 4. Soninké 5. Autres

Q 3 : Statut matrimonial

1. Mariée 2. Célibataire

Q 4 : Profession de la patiente :

1. Fonctionnaire 2. Ménagère 3. Vendeuse/Commerçante 4. Elève/Étudiante 5. Autre.

Q 5 : Niveau d'instruction :.....

1. Primaire 2. Secondaire 3. Supérieur 4. Aucun 5. Autre

Q 6 : Profession du conjoint :.....

II- Antécédents de la patiente :

Antécédents gynécologiques :

Q 7 : Cycle (0-1)

0= Régulier 1= irrégulier

Q 8 : Notion d'IST (0-1) :.....

0= Oui 1= Non

Q 9 : Métrorragie (0-1)

0= Oui 1= Non

Q 10 : Dysménorrhée (0-1)

0= Oui 1= Non

Q 11 : Contraception (0-1)

0= Oui 1= Non

Antécédents obstétricaux :

Q 12 : Gestité (0-3)

0 = G1 1 = G2-G3 2 = G4-G5 3 = G> ou égal à 6

Q 13 : Parité (0-4)

0 = P0 1 = P1 2 = P2-P3 3 = P4-P5 4 = P> ou égal à 6.

Q 14 : Nombre d'enfants vivants (0-3)

0 = Sans enfant vivant 1 = 1 2 = 2-5 3 = > ou égal à 6.

Q 15 : Nombre d'enfants décédés (0-3)

0= 1, 1= 2 à 5, 2= > ou = 6 , 3= Aucun.

Q 16 : Nombre de morts nés (0-3)

0= 1 1= 2 2 = Plus de 2 3= Aucun.

Q 17 : Intervalle inter génésique (0-2)

0 = Moins de 2 ans 2 = Supérieur ou égal à 2 ans

Q 18 : Notion d'avortement (0-2)

0 = Spontané 1 = Provoqué 2 = Aucun.

Q 19 : Dernier accouchement (0-2)

0 = Eutocique 1 = Dystocique 2 = Si 1 préciser

Antécédents médico-chirurgicaux :

Q 20 ATCD médicaux.....

Q 21 : Myomectomie (0-1)

0 = Oui 1 = Non

Q 22 : Cure de G E U (0-1)

0 = Oui 1 = Non

Q 23 : Cure de prolapsus

0 = Oui 1 = Non

Q 24: Césarienne (0-1)

0 = Oui 1 = Non

Q 25 : Nombre de césarienne (0-3)

0 = Pas de césarienne 1 = 1 2 = 2 3 > = 3

Q 26 : L'utérus à-t-il fait sa preuve de solidité (0-1).....

0 = Oui 1 = Non.

Q 27 : Indications de la césarienne (0-8)

0 = Souffrance fœtale aiguë 1 = Gros fœtus

2 = Présentation dystocique 3 = Procidence du cordon 4 = Placenta praevia
hémorragique 5 = Hématome rétro placentaire 6 = Dystocie cervicale 7 =
Syndrome de pré-rupture 8 = Autre

Q 28 : Type d'hystérotomie (0-2)

0 = Segmentaire transversale 1 = Longitudinale segmento-corporéale

2 = Corporéale.

Q 29 : Suies post césarienne (0-2)
0 = Simples 1 = Compliquées 2 = Si 1 préciser

III Mode d'admission :

Q 30 : Venue d'elle-même (0-1)
0 = Oui 1 = Non

Q 31 : Référée (0-1)
0 = Oui 1 = Non

Q 32 : Evacuée (0-1)
0 = Oui 1 = Non

Q 33 : Lieu de référence (0-1)
0 = CSCOM 1 = Autre

Q 34 : Motif de référence (0-4)
0 = Hémorragie 1 = Non engagement à la dilatation complète
2 = Souffrance fœtale aiguë 3 = Dilatation stationnaire 4 = Autre

Q 35 : Moyens référence (0-3)
0 = Ambulance 1 = Taxi 2 = Voiture personnelle 3 = Autre

Q 36 : Support de référence (0-2)
0 = Partogramme 1 = Fiche de référence 2 = Autre

Q 37 : Qualité de l'agent (0-3)
0 = Médecin 1 = Sage femme 2 = Matrone 3 = Autre

IV- Examen clinique à l'admission :

Q 38: Taille de la patiente (0-2)
0 = Inférieur à 150cm 2 = Supérieur ou égal à 150cm

Q 39 : Température maternelle (0-3)
0 = Inférieur à 37°C 1 = Entre 37 et 37,5°C 2 = Entre 37,5-38°C 3 = Plus de 38°C

Q 40 : Consultation prénatale (0-1)
0 = Oui 1 = Non

Q 41 : Lieu de CPN (0-2)
0 = CSCOM 1 = CSRef 2 = Autre

Q 42 : Nombre de CPN (0-2)
0 = 0 1 = (1 à 3) 2 = (4 ou plus)

Q 43 : Période de la première CPN (0-2)

0 = 1^{er} trimestre 1 = 2^{ième} trimestre 2 = 3^{ième} trimestre

Q 44 : Qualification agent CPN (0-3)

0 = Médecin 1 = Sage femme 2 = Matrone 3 = Autre ...

Q 45 : Conjonctives (0-2)

0 = Bien colorées 1 = Moyennement colorées 2 = Pâles

Q 46 : Hauteur utérine (0-2)

0 = Inférieure à 30cm 1 = Entre 30-36cm 2 = Supérieure à 36cm

Q 47 : Terme de la grossesse (0-2)

0 = Moins de 37SA 1 = Entre 37-42SA 2 = Supérieur à 42SA

Q 48 : La fréquence des BDCF (0-3)

0 = BDCF absents 1 = Inférieur à 120bat/min 2 = Entre 120-160bat/min
3 = Supérieur à 160bat/min

Q 49 : Contractions utérines (0-2)

0 = Absence de contraction 1 = Normale 2 = Hypercinésie 3 = Hypocinésie

Q 50 : Poche des eaux (0-1)

0 = Intacte 1 = Rompue

Q 51 : Type de rupture des membranes (0-2)

0 = RPM 1 = RSM 2 = RAM

Q 52 : Aspect du liquide amniotique (0-4)

0 = Clair 1 = Teinté 2 = Méconial 3 = Sanglant 4 = Autre

Q 53 : Type de présentation (0-2)

0 = Céphalique 1 = Siège 2 = Transversal

Q 54 : Hémorragie (0-1)

0 = Oui 1 = Non

Q 55 : Dilatation du col (0-1)

0 = Phase de latence 1 = Phase active

Q 56 : Bassin (0-3)

0 = Normal 1 = Généralement rétréci 2 = Limite 3 = Asymétrique

V Voie d'accouchement :

Q 57 : Césarienne (0-1)

0 = D'emblée 1 = Après épreuve utérine

Q 58 : Indication de la césarienne (Préciser)

Q 59 : Etat utérus à la laparotomie (Préciser)

Q 60 : Voie basse (0-1)

0 = Oui 1 = Non

Q 61 : Type d'expulsion (0-2)

0 = OP 1 = OS 2 = Autre à préciser

Q 62 : Forceps (0-2).....

0 = Oui 1 = Non 2 = Si oui préciser l'indication

Q 63 : Ventouse (0-2).....

0 = Oui 1 = Non 2 Si oui préciser l'indication

VI- La délivrance

Q 64 : Type de délivrance (0-3).....

0 = Naturelle 1 = Active 2 = Artificielle 3 = Autre

Q65: Rétention placentaire (0-1).....

0 = Oui 1 = Non

Q66 : Etat de l'utérus après délivrance (0-1).....

0 = Globe de sécurité bien formé 1 = utérus mou

Q67 : Hémorragie de la délivrance (0-1).....

0 = Oui 1 = Non

Q68 : Révision utérine après voie basse (0-1).....

0 = Faite 1 = Non faite

Q69 : Résultat de la révision utérine (0-1).....

0 = utérus intact 1 = rupture utérine

VII- Etat de la mère après l'accouchement

Q70 : Vivante (0-2).....

0 = OUI 1 = Non 2 = Si oui préciser son état général

Q71 : Décédé (0-2)

0 = Oui 1 = Non 2 = Si oui préciser la cause du décès.....

VIII- Etat du nouveau né

Q 72 : Vivant (0-2)

0 = oui 1 = Non 2 = Si non préciser la cause

Q 73 : Poids (0-2)

0 = Inférieur à 2500g 1 = Entre 2500-4000g 2 = Plus de 4000g

Q 74 : La taille (0-1)

0 = Moins de 47cm 1 = Supérieure ou égal à 47cm

Q 75 : Apgar (0-1)

0 = Inférieur à 7 à la 1^{ère} min 1 = Entre 7-10 à la 1^{ère} min

Q 76 : Etat général du nouveau-né (0-3)

0 = Bon 1 = Passable 2 = Détresse respiratoire 3 = Autre.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Sidiki Boubacar

Titre de la Thèse : Epreuve utérine au centre de santé de référence de Koulikoro.

Année universitaire : 2013-2014

Ville de Soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto - Stomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique.

RESUME :

Il s'agit d'une étude prospective et transversale .

L'objectif était d'étudier l'épreuve utérine au CSREF de Koulikoro.

Dans notre étude nous avons recensé 130 utérus cicatriciels sur 700 accouchements effectués dans le service pendant la période d'étude, soit 18.6% ; nous avons retenu 105 cas qui répondent aux critères d'inclusion.

Ainsi pour les 105 femmes portant un utérus uni cicatriciel ,41 (39%) ont accouché par voie basse contre 64 (61%) par voie haute ;

98,1 % des nouveau-nés étaient vivants à la naissance. Nous n'avons enregistré ni décès maternel, ni déhiscence ni de rupture utérine durant la période d'étude.

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 qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni a favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classes sociales 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 leurs pères.

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 !