

Ministère de l'Enseignement Supérieur
de la Recherche Scientifique



République du Mali Et
Un Peuple-Un But-Une Foi



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

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE :2022-2023

N° :/

THESE :

**Pronostic du 2^{ème} accouchement après
césarienne au CHU Gabriel Touré. Etude
cas-témoins à propos de 105 cas**

Présentée et soutenue publiquement le/...../2023
Devant la faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie

Par :

Mlle Maimouna Diarra

Pour l'obtention de Grade de Docteur en médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY :

PRESIDENT : M. Bakary Tientigui DEMBELE (Professeur)

MEMBRES : M. Moustapha Issa MANGANE (Maitre de conférences)

M. Belco MAIGA (Maitre de conférences)

CO-DIRECTEUR : M. Amadou BOCOUM (Maitre de conférences)

DIRECTEUR : M. Youssouf TRAORE (Professeur)

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

À mon Père Papa Cheick Diarra

Tes qualités sont si nombreuses que je ne saurais tout citer, en toi j'ai vu le meilleur papa, le meilleur mari, le meilleur chef de famille, le meilleur frère, le meilleur ami, l'homme idéal sur tous les plans comme le recommande l'islam, je prie qu'Allah te garde à nos côtes et nous réunissent dans le firdaws et Qu'il m'accorde un mari comme toi. Ce travail est le fruit des sacrifices que tu as consentis dignement et humblement ; c'est l'occasion pour moi de t'en remercier. Merci pour ton amour et ton soutien sur tous les plans

À mon père Papa Youssouf Manian Diarra

Toi qui as été le premier à croire à mon rêve de devenir médecin depuis l'enfance et qui m'a tout apporté pour la réalisation de ce rêve, pour moi tu es l'homme le plus riche du monde, et cela grâce à tes valeurs et tes principes, toi qui me comprends sans que je ne parle, ta foi, ta sagesse, ta simplicité sont pour moi une référence dans la vie. Tu as fait de moi la personne que je suis. Merci pour l'éducation que j'ai reçue de toi, homme de conviction. Qu'Allah nous réunissent dans le firdaws

À ma mère feu Maman Kadidia Coulibaly

Noble Femme vertueuse, ta douceur, ta patience, ta qualité de meilleure maman et de meilleure femme font de toi une perle rare, mon amour pour toi n'est pas mesurable, merci pour ton amour, ta patience, sans toi ce rêve ne serait pas possible. Ton absence se fait remarquer chaque jour dans nos vies, tu restes au plus profond de nos cœurs

À ma mère Djénéba Diarra,

Je vous suis redevable de la chose la plus importante qui soit : « La vie ». Merci maman pour ces énormes sacrifices consentis pour ma réussite, tu es une inspiration pour moi par ton caractère de femme forte, brave, croyante, joviale, généreuse, sociale et indulgente. Tu nous as appris que la réussite est au bout de l'effort par ta capacité de vaincre là où beaucoup d'homme ont échoué, je me sens forte car je sais que ma maman est une DEMBAGNOUMA. Je n'ai pas de mot pour prouver mon amour, ma reconnaissance et mon admiration pour toi. Tu es mon idole

Ce travail est la réalisation d'un rêve qui est autant le mien que le tien

À ma Tante Nènè Diarra

Pilier de la famille, je n'imagine pas ma vie sans toi, merci pour ton amour inconditionnel. Tu restes toujours pour moi une femme modèle et pieuse à travers ta tolérance, tes conseils et surtout la formation que j'ai bénéficié de toi. Tu es et restera un guide pour moi . Sache que ton soutien ne m'a jamais fait défaut.

À mes Papa Abdoulaye Diarra, Mamadou Diarra, Yaya Diarra, Assane Diarra
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

À mes Tantes Mariam Coulibaly, Aya Diarra, Awa Diarra, Yama Diarra, Farma Diarra, Assan Diarra, Nah ka Awa Diarra

Chacune de vous a un jour ou l'autre, œuvré pour mon éducation à travers vos conseils et vôtres affections. Je vous serai toujours reconnaissant, Je vous dis merci ! que le seigneur le vous rende.

À mes oncles

Merci pour l'attention que vous m'avez toujours accordée. Soyez assurées de mon affection et de toute ma reconnaissance. Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

À mes frères et sœur Assou, Aoua , Iba , Kadi , Nènè , Ina , Bah

Les mots me manquent pour vous signifier mon amour, ma reconnaissance, mon admiration et ma fierté envers vous. Vous êtes mon plus beau cadeau du ciel. On a l'habitude de dire qu'on ne choisit pas sa famille, aujourd'hui, j'ai la ferme conviction que s'il m'avait été donné de faire ce choix, je n'aurai pu mieux faire. Votre amour, considération, fraternité, et esprit de partage n'ont jamais fait défauts, trouvez ici l'expression de mon amour inconditionnel. Vous représentez énormément pour moi et le quotidien que nous avons partagé à forger ma personnalité. A chacun de vous je souhaite le meilleur sous la houlette du Seigneur. Vous m'avez entouré d'un amour sincère. Merci !

À mes grand-mères Baini et Feue Nani

Je vous remercie infiniment d'avoir été de bonne coépouse, l'amour et la bonne humeur que vous m'avez toujours apporté seront jalousement chéris. J'ai beaucoup appris à vos côtés et je ne cesserais jamais de vous être reconnaissante pour les conseils prodigués.

À tous mes cousins et cousines

Je vous dis merci pour nos moments de complicités et votre disponibilité, recevez ici ma profonde reconnaissance.

À ma sœur et amie d'enfance Kadiatou Monecata

Ma sœur d'une autre mère, le destin a fait que nos chemins se sont croisés, tout au long de cette route, tu as été pour moi, une sœur, une amie, une confidente. La bonté et la simplicité de ta personne ont été une richesse que tu as partagée avec moi. Grâce à toi j'ai connu le sens de l'amitié, tu as toujours été là pour moi et serai toujours présente tel est mon souhait le plus ardent. On a partagé tant d'excellents moments ensemble. Merci pour ta fidélité, ta confiance et surtout ta disponibilité pendant les moments difficiles. Merci pour la continuation de nos bonnes relations.

À mes amies d'enfance Aminata Yanda Oueloguem et Fatoumata Diabaté

Considérée comme une sœur, ensemble nous avons traversé des moments agréables, parfois pénibles mais nous nous en sommes sorties encore plus fortes. A vous je souhaite le meilleur, Puissiez-vous garder cette joie de vivre et votre bonté d'âme

À mes Amis de la faculté : Founeba Sissoko et Mamoudou Dembélé

Vous avez été comme frère et sœur pour moi, merci pour votre fidélité, votre confiance et surtout votre disponibilité pendant les moments difficiles. Jamais je n'oublierai nos moments de joie, de pleur, d'angoisse, de consolation, de rire. Je ne trouverai les mots exacts pour vous exprimer toute mon admiration et ma fierté. Vous m'avez entouré d'une amitié sincère. Merci à vous et bonne carrière professionnelle à nous.

À toutes mes amies sans exception

Soyez rassurées de mon amour et comptez sur mon soutien et mes conseils. Sachez que votre soutien moral et physique ne m'a jamais fait défaut. Merci à vous

À toi Grand frère FOMBA Daouda K à la faculté

Sans toi je ne sais pas si ce rêve serait possible aujourd'hui, sans me connaître ni de père ni de mère tu m'as pris sous tes ailes au moment où d'autres m'avaient abandonné, au moment où beaucoup était déçu de moi, au moment où moi-même je ne croyais plus en mes capacités de réussir le fameux numerus clausus, tu t'es oublié en laissant tes copies pour t'occuper d'une inconnue qui est moi, je n'oublierai jamais ta rigueur, tes encouragements, tes mots de consolations et ton temps précieux accordé .je remercie Allah de t'avoir mis sur mon chemin

À toi my Best friend,

Personne ne pourrait comprendre la complicité entre toi et moi. Tu sais, j'ai eu les meilleures sœurs du monde mais mon plus grand vide était celui de n'avoir un grand frère, ce vide tu l'as comblé car tu as été pour moi un protecteur, un guide, un ami, un conseiller, un docteur, celui qui m'encourage, tu as toujours été là, sans toi j'aurais craqué. Merci d'avoir veillé avec moi malgré la distance pendant les examens et pendant les moments où ça n'allait pas, tu as tout fait juste pour voir le sourire sur mon visage, je ne sais pas si un jour je pourrais avoir quelqu'un en dehors de ma famille qui pourrait me comprendre et supporter comme toi. Qu'Allah te récompense pour tout ce que tu as fait pour moi

REMERCIEMENTS

À Dieu

ALLAH, le clément et miséricordieux, je ne saurais vous remercier à sa juste valeur pour toute votre grâce et votre bonté dans ma vie, merci de m'avoir permis de réaliser ce rêve.

Après avoir loué et rendu gloire à ALLAH qui m'a donné la santé, le courage et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail j'implore paix et salut sur son prophète MOHAMED. Que sa bénédiction et sa protection soient sur nous tous. Amen !

À Mon pays le MALI :

Terre d'hospitalité, ensemble unis dans la foi nous ferons de toi comme le disait l'autre : « la plus belle, la plus enviée, une terre d'accueil, une terre de réconciliation, une terre de fraternité... ». Merci pour tout ce que tu nous as donné. Que ce modeste travail soit une pierre pour l'avancement de la politique sanitaire ! Un grand hommage à nos victimes de guerre que Dieu les accueille dans son humble paradis

À toute la Famille Diarra à Darsalam et Bamako coura

Grace à vous j'ai compris le sens du mot famille, votre solidarité, esprit de partage, affection et votre respect les uns envers les autres me fascinent chaque jour. Merci à Allah de m'avoir donné une famille aussi soudée. Vous représentez énormément pour moi et le quotidien que nous avons partagé à forger ma personnalité. Je ne saurai réaliser cette œuvre sans vos soutiens et encouragements Que Dieu dans sa miséricorde vous accorde sa bonté.

À toute la famille Coulibaly

Je vous remercie infiniment du soutien que vous m'avez toujours apporté.

À la famille Sogoba au point G

Merci pour votre l'hospitalité dans la simplicité et dans la tolérance.

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

À mon ami et camarade ALDJOUMA

Merci pour ton temps précieux accordé et le partage de ta connaissance, grâce à toi j'ai pu réaliser ce travail par moi-même.

À tous les étudiants de la 13^{ème} Promotion du numerus clausus

Nous avons traversé un long parcours ensemble que je ne me pourrais jamais oublier, merci à chacun de vous

À tous mes collègues internes du service particulièrement Ramata Diakité, Serge Alex, Dan Messomahu Vianney, Adam Keita

Ce travail est le fruit de l'entente qui a régné entre nous au sein du service. Soyez en félicités et bonne carrière professionnelle à tout un chacun

À tous les gynécologues, les DES (particulièrement Dr Gamby Malado, Dr Koné Drissa, Dr Koné Issa, Dr Sanogo Soumaila, Dr Diawara Boulaye, Dr Sanogo Bintou Dr Dolo Issiaka T), les sage-femmes, les infirmiers et infirmières du service Gynéco-obstétrique au CHU GT,

Merci pour vos conseils et la qualité de l'enseignement que j'ai bénéficié de vous dans la joie et le respect mutuel. C'est le lieu de vous manifester toute ma sympathie et ma profonde gratitude

À tous ceux qui ont cru en moi, merci à vous ce travail vous est dédié

À tous ceux qui m'ont dit que c'était dur et impossible pour moi, merci grâce à vous j'ai trouvé le courage et la force d'avancer.

À tous ceux de près ou de loin qui m'ont apporté leur soutien et leur amour dans l'élaboration de ce travail si modeste soit-il : MERCI

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Président du jury

Professeur Bakary Tientigui DEMBELE

- ↳ Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS
- ↳ Spécialiste en chirurgie générale au CHU Gabriel TOURE
- ↳ Chargé de cours, chef de filière IBODE à l'institut national de formation science de la santé
- ↳ Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHI.MA)
- ↳ Membre de la société africaine de chirurgie.

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre modestie fait de vous un être d'abord facile, nous avons été impressionnés par votre simplicité, votre sens de l'humour et votre humanisme. C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

À notre Maître et Juge

Professeur Moustapha Issa MANGANE

- ↳ Médecin Anesthésiste-Réanimateur
- ↳ Maître de conférences agrégé en Anesthésiste-Réanimation à la FMOS
- ↳ Chef de service du Bloc Opératoire du CHU Gabriel TOURE
- ↳ Praticien Hospitalier au CHU Gabriel TOURE
- ↳ Ancien interne des hôpitaux du Mali
- ↳ Membre de la SARMU-Mali
- ↳ Membre de la SARAF
- ↳ Membre de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)
- ↳ Membre de la Fédération mondiale des sociétés d'Anesthésie Réanimation (WAFSA)
- ↳ Detenteur du DIU en neuro-réanimation à l'université de Lorraine(Nancy) France

Cher maître, merci pour la confiance témoignée en nous accordant ce travail. Nous avons été marquée par votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre sens de l'écoute, votre compréhension, votre sens élevé de la dignité humaine, votre forte sympathie et votre humilité. Vous resterez pour nous un exemple à suivre. Recevez ici cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

À notre Maître et Juge

Professeur Belco MAIGA

- ↳ Maître de Conférences Agrégé à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).
- ↳ Chef de service des urgences pédiatriques et de réanimation au CHU Gabriel Toure.
- ↳ Membre de l'association des pédiatres (AMAPED).
- ↳ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.
- ↳ Cher Maître, C'est un grand honneur et réel plaisir pour nous de vous compter parmi nos maîtres.

Cher Maître Nous sommes honorés que vous ayez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre rigueur et votre amour du travail bienfait font de vous un médecin de qualité. Nous tenons à vous remercier pour vos apports qui ont contribué à l'amélioration de ce travail. Veuillez trouver ici, cher maître l'expression de notre attachement et de notre gratitude.

À notre Maître et Co-directeur de thèse

Pr Amadou BOCOUM

- ↳ Maître de conférences agrégé en gynécologie obstétrique à la faculté de médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;
- ↳ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;
- ↳ Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire d'échographie en Gynécologie Obstétrique en France ;
- ↳ Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire cœlioscopie et Gynécologie ;
- ↳ Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée en chirurgie Gynécologie Obstétrique en France ;
- ↳ Membre de la Société Malienne Gynécologie et Obstétrique

Votre acceptation de codiriger cette thèse fut pour moi un grand honneur et même une fierté. Tout au long de ce travail, nous n'avons pas manqué d'appréhender et d'admirer votre sens du travail bien accompli. Je vous suis très sincèrement reconnaissante. Merci pour votre soutien, votre modestie, votre patience, votre aide précieuse et surtout votre sens de l'écouter. Tout au long de ce travail vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que par vos multiples qualités humaines. C'est un honneur pour moi de vous compter parmi mes formateurs les plus sincères dans leur travail et les plus efficaces de la formation. Recevez ici, l'expression de ma plus grande admiration.

À notre Maître et Directeur de thèse

Pr Youssouf TRAORE

- ↳ Professeur Titulaire en Gynécologie-Obstétrique ;
- ↳ Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE ;
- ↳ Président de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique ;
- ↳ Responsable de la Prévention de la transmission Mère Enfant du VIH (PTME) au MALI ;
- ↳ Titulaire d'un Diplôme Universitaire « Méthodologie en Recherche Clinique » de Bordeaux I ;
- ↳ Titulaire d'un Diplôme Universitaire « Méthodes et Pratiques en épidémiologie » de Bordeaux II ;
- ↳ Vice-Président de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique
- ↳ Membre de la Société de Chirurgie du Mali ;
- ↳ Membre de African Federation of Obstetrics and Gynecology;
- ↳ Titulaire d'un certificat de « Cancer and prévention course » de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique ;
- ↳ Enseignant chercheur

Cher maître, merci pour votre dévouement, votre disponibilité et pour ce qu'on apprend au quotidien auprès de vous au service. Votre souci constant du travail bien fait, votre respect de la vie humaine, votre sens social élevé, votre disponibilité, votre compétence et votre pédagogie font de vous un grand maître. Nous avons admiré votre sens élevé de la transmission du savoir et surtout votre détermination pour la formation des étudiants. Ce fut un bonheur et un réel plaisir d'avoir fait partie de vos élèves.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGNES ET ABRÉVIATIONS

BDCF	Bruit du cœur fœtal
C.H.U GT	Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CPN	Consultation Prénatale
CSRéf	Centre de Santé de Référence de la commune
CUD	Contraction utérine douloureuse
DFP	Disproportion foeto-pelvienne
FMOS	Faculté de Médecine et d'Onto Stomatologie
HU	Hauteur utérine
HRP	Hématome rétro placentaire
HTA	Hypertension artérielle
IC	Intervalle de confiance
IIG	Intervalle inter génésique
Inf.	Inférieur
IMG	Interruption médicale de la grossesse
MAF	Mouvement actif du fœtus
MAP	Menace d'accouchement prématuré
MFIU	Mort fœtale intra utérine
OMI	Œdèmes des membres inférieurs
OR	Odds Ratio
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
RPM	Rupture prématurée des membranes
SA	Semaine d'aménorrhée
SPSS	Statistical Package for the social sciences
Sup.	Supérieur

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau I: Dimensions de l'utérus.....	7
Tableau II : Variables étudiées.....	35
Tableau III : Répartition selon la tranche d'âge.....	37
Tableau IV: Répartition selon le niveau d'instruction.....	37
Tableau V : Répartition selon le mode d'admission.....	38
Tableau VI : Répartition selon le nombre d'enfants vivants.....	38
Tableau VII : Répartition selon l'indication de la césarienne antérieure.....	39
Tableau VIII : Répartition selon le déroulement du dernier accouchement.....	39
Tableau IX: Répartition selon le motif d'admission.....	40
Tableau X: Répartition selon le nombre de CPN réalisé.....	41
Tableau XI: Répartition selon la qualification de l'auteur des CPN.....	41
Tableau XII: Répartition selon l'âge gestationnel à l'admission.....	42
Tableau XIII : Répartition selon la phase du travail à l'admission.....	42
Tableau XIV : Répartition selon les BDCF à l'admission.....	42
Tableau XV : Répartition selon l'état des membranes à l'admission.....	43
Tableau XVI : Répartition selon le délai de la rupture des membranes et l'accouchement.....	43
Tableau XVII : Répartition selon la durée du travail.....	43
Tableau XVIII : Répartition selon la voie d'accouchement.....	44
Tableau XIX : Répartition selon l'indication de la césarienne.....	44
Tableau XX : Répartition selon l'état de la mère.....	45
Tableau XXI : Répartition selon la cause du décès maternel.....	45
Tableau XXII : Répartition selon les complications per-partum.....	45
Tableau XXIII : Répartition selon les complications dans le post partum.....	46
Tableau XXIV : Répartition selon l'Apgar à la 1 ^{ère} min.....	46
Tableau XXV : Répartition selon l'Apgar à la 5 ^{ème} min.....	46
Tableau XXVI: Répartition selon le poids des nouveau-nés.....	47
Tableau XXVII : Répartition selon la cause du décès périnatal.....	47
Tableau XXVIII : Répartition selon le motif de référence du nouveau-né.....	48
Tableau XXIX : Relation entre tranche d'âge et la voie d'accouchement.....	48
Tableau XXX : Relation entre voie d'accouchement et âge gestationnel.....	49

Tableau XXXI : Relation entre phase du travail à l'admission et la voie d'accouchement.....	49
Tableau XXXII : Relation entre la voie d'accouchement et l'état des membranes	50
Tableau XXXIII : Relation entre voie d'accouchement et Apgar à la 1 ^{ère} min.....	50
Tableau XXXIV : Relation entre la voie d'accouchement et Apgar à la 5 ^{ème} min	50

Listes des figures

Figure 1 : coupe sagittale montrant les trois segments de l'utérus gravide.....	7
Figure 2 : Utérus gravide de 8 mois environ. Rapports antérieurs.....	9
Figure 3 : Segment inférieur (coupe sagittale).	12

SOMMAIRES

SOMMAIRES

I.	INTRODUCTION.....	2
	OBJECTIFS	4
II.	GENERALITES.....	6
	2.1. Définitions :.....	6
	2.2. Rappel anatomique	6
	2.3. Cicatrice utérine.....	16
	2.3.1. Etat de la cicatrice	16
	2.3.2. Etiologie	16
	2.3.3. Interventions chirurgicales.....	17
	2.3.5. Complications.....	20
	2.3.6. Conduite à tenir lors d'un nouvel accouchement.....	22
	2.3.9. Classification des utérus cicatriciels.....	30
III.	METHODOLOGIE.....	32
	3.1. Cadre d'étude.....	32
	3.2. Type d'étude	32
	3.3. Période d'étude	32
	3.4. Population d'étude	32
	3.5. Echantillonnage	Erreur ! Signet non défini.
	3.6. Critères d'inclusion.....	32
	3.7. Critères de non-inclusion	33
	3.8. Outils et collecte des données	33
	3.9. Variables étudiées	35
	3.10. Saisie et analyse des donnée.....	35

IV. RESULTATS.....	37
4.1. Fréquence :	37
4.2. Caractéristiques socio-démographiques	37
4.3. Données cliniques	40
4.4. Pronostic	45
4.4.1. Pronostic maternel	45
4.4.2. Pronostic foetal.....	46
4.5. Etude Analytique : Facteurs influençant la voie d'accouchement.....	48
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	52
5.1. Approche méthodologique	52
5.2. Fréquence	52
5.3. Caractéristiques sociodémographiques	53
5.4. Données cliniques	54
5.5. Pronostic	56
5.5.1. Pronostic maternel	56
5.5.2. Pronostic foetal et néonatal.....	57
CONCLUSION.....	60
RECOMMANDATIONS	61

I. INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la femme a atteint le terme théorique de 6 mois de grossesse (soit 28 SA) [1].

La césarienne est l'intervention chirurgicale qui permet l'extraction du fœtus hors de l'utérus maternel après incision de celui-ci, habituellement par une voie d'abord abdominale Trans péritonéale ou plus rarement rétro-péritonéale, exceptionnellement par voie vaginale [2].

L'utérus cicatriciel est un utérus porteur d'une ou de plusieurs cicatrices à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme.

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 [3].

En France, le nombre de femmes enceintes porteuses d'un utérus cicatriciel représentait 11% de l'ensemble des parturientes et 19% des patientes multipares en 2010 [4]. En République démocratique du Congo, la fréquence des accouchements sur utérus cicatriciel dans la clinique universitaire de Kinshasa était de 8.45% en 2013 [5]. BENGALY M [6] en 2014, au Centre de Santé de Référence de Kati, avait trouvé une fréquence de 3.9% des accouchements sur utérus cicatriciel.

La césarienne itérative, par crainte de rupture utérine, est reconnue comme la cause principale de cette hausse d'incidence des césariennes [7]. L'épreuve utérine n'est réalisée qu'après évaluation des conditions obstétricales en excluant l'impossibilité d'accouchement par voie basse (présentation transversale, placenta prævia recouvrant, présentation du front), toute cicatrice corporeale, un antécédent de plus de 2 césariennes antérieures et le refus de la patiente de tenter cette épreuve [7]. De nos jours, la pratique systématique d'une césarienne sur

utérus cicatriciel sans d'autres indications médicales n'est en aucun cas recommandée par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) [8]. La conduite à tenir chez ces femmes est encore floue et diffère beaucoup entre et au sein même des équipes. La conduite à tenir devant un utérus cicatriciel est l'un des sujets les plus débattus en obstétrique moderne, où le principal risque redouté au cours de l'accouchement est celui de la rupture utérine. L'obstétricien est alors fréquemment sollicité à décider du mode d'accouchement le plus approprié à la mère et son fœtus.

Dans le département de gynécologie-obstétrique du CHU GT de Bamako, l'accouchement chez les parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel était de 7,8% en 2008 au CHU GT [9].

Nous avons initié ce travail pour étudier le pronostic du 2^{ème} accouchement après la césarienne en nous fixant comme objectifs :

OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier le pronostic materno-fœtal du 2^{ème} accouchement après un antécédent de césarienne dans le département de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré

Objectifs spécifiques :

1. Déterminer la fréquence du 2^{ème} accouchement après un antécédent de césarienne
2. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes porteuses d'une cicatrice utérine.
3. Décrire la prise en charge de ces patientes avec un utérus cicatriciel.
4. Déterminer le pronostic materno - fœtal

I. GENERALITES

I. GENERALITES

1.1. Définitions :

La césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute en général par voie abdominale après cœliotomie. Césarienne comme césure, sont dérivés du verbe latin caedere veut dire couper. Les deux mots ont été créés à la même époque, le premier par Ambroise Paré, le second par Clément Marot [10].

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

1.2. Rappel anatomique

L'utérus est l'organe génital féminin destiné à recevoir l'œuf fécondé, à le contenir pendant tout son développement et à l'expulser une fois à terme. C'est un organe musculaire creux, situé au centre de la cavité pelvienne, entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Il pèse environ 50 grammes chez la nullipare et 70 grammes chez la multipare. Il est ferme et élastique

✓ **Utérus gravide** [11,12]

- **Modifications anatomiques de l'utérus liées à la grossesse :**

L'utérus subit au cours de la grossesse d'importantes modifications qui portent à la fois sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

Les trois parties anatomiques de l'utérus sont : le corps et le col entre lesquels se développe dans les derniers mois une portion propre à la gravité, appelé le segment inférieur.

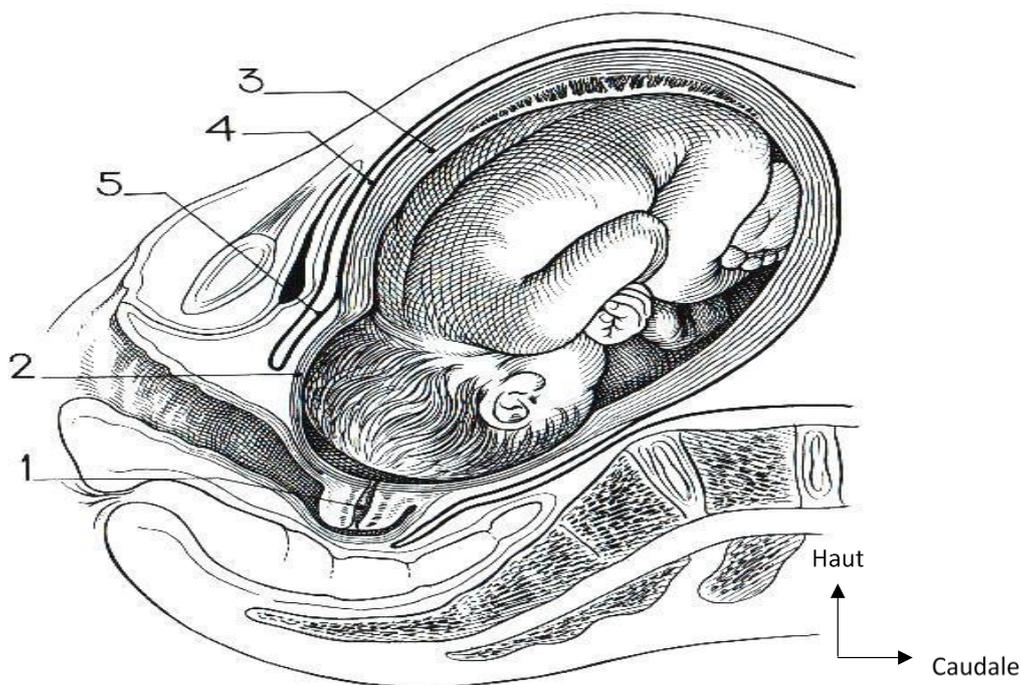


Figure 1 : coupe sagittale montrant les trois segments de l’utérus gravide [10]. 1. col – 2. Segment inférieur 3. Corps 4. Péritoine adhérent 5. Péritoine décollable

1.2.1.1. Corps de l’utérus

- **Anatomie macroscopique :**

Sur le plan macroscopique on note une augmentation progressive du volume, augmentation plus marquée au fur et à mesure que la grossesse avance. L’utérus devient ovoïde par la suite avec une extrémité qui devient grosse vers la vingtième semaine. Ainsi les dimensions suivantes peuvent être considérées [11].

Tableau I: Dimensions de l’utérus.

Etat de l’utérus	Hauteur (cm)	Largeur(cm)
Utérus non gravide	6-8	4-5
Fin du 3 ^{ème} mois	13	10
Fin du 6 ^{ème} mois	24	18
A terme	32	22

Une augmentation de poids de l’utérus qui fait que ce dernier peut passer de 50 grammes (utérus non gravide) à 900 voire 1200 grammes (utérus à terme). La capacité du muscle passe de 2 à 3 ml (utérus non gravide) à 4-5 litres (utérus à

terme). L'antéversion utérine est conservée ou même accentuée au début de la grossesse, l'utérus s'élève dans l'abdomen derrière la paroi abdominale antérieure. A terme, la direction de l'utérus dans le sens antéro-postérieur dépend de l'état de la paroi abdominale. Les rapports de l'utérus au début de la grossesse sont les mêmes qu'en dehors de celle-ci ; mais à terme, l'utérus est abdominal. Ainsi il se présente :

- ✓ 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 lorsqu'elle est pleine ;
- ✓ En arrière, l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte avec les muscles psoas croisés par les uretères et une partie des anses grêles ;
- ✓ En haut, le fonds utérin soulève le côlon 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 bord droit regarde en arrière, il entre en contact avec le caecum et le côlon ascendant ;
- ✓ Le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et en arrière au côlon descendant.

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

La Séreuse s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle.

La musculuse 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. Elle forme la partie contractile de l'organe. Entre ces deux assises existe

une couche plus épaisse de fibres entrecroisées dite couche plexiforme. 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 4ème mois, la caduque s'atrophie et son épaisseur diminue progressivement jusqu'à atteindre 1 mm à terme

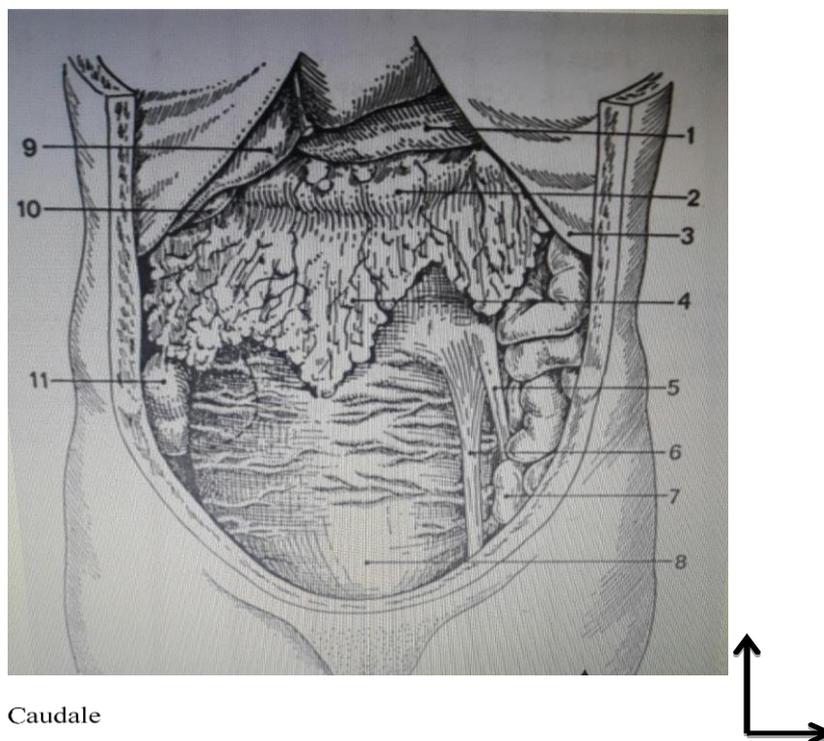


Figure 2 : Utérus gravide de 8 mois environ. Rapports antérieurs.

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.

1.2.1.2. Segment inférieur

C'est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme, situé entre le corps et le col utérin. Le segment inférieur 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 incision au cours des césariennes, mais encore pour les ruptures utérines

- **Anatomie macroscopique**

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 inférieure que porte l'incision de la césarienne segmentaire. Il occupe, au-dessus du col, le tiers inférieur de l'utérus.

Son caractère essentiel est sa minceur de 2 à 4 mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation (réalisé au maximum dans la présentation du sommet engagé). Cette minceur, traduisant l'excellence de la formation du segment inférieur, est la marque de l'eutocie, la bonne ampliation du segment inférieur, appréciée cliniquement, est donc un élément favorable de pronostic de l'accouchement. Les vaisseaux moins développés ont une direction générale transversale ; ceci explique que la césarienne segmentaire transversale est moins hémorragique que la césarienne segmentaire longitudinale.

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.

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 des césariennes segmentaires au niveau du col (MAHON)

Les rapports sont :

- ✓ 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.
- ✓ Latéralement : la gaine hypogastrique contient les vaisseaux utérins croisés par l'uretère. La dextro - rotation de l'utérus favorise donc l'exposition du pédicule utérin gauche face 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.

Le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques, en rapport avec son extensibilité. La musculaire 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.

Le segment inférieur à une grande importance sur le plan clinique, physiologique et pathologique. Cliniquement, sa bonne formation, sa minceur et sa façon de

mouler la présentation permettent de juger la qualité de l'accommodation donc de porter le pronostic de l'accouchement.

Du point de vue physiologique, c'est un organe passif se laissant distendre et qui achemine les contractions du corps vers le col. Il épouse la présentation dans eutocie en s'amincissant progressivement ; tandis que dans la dystocie il reste presque, épais et distant de la présentation. C'est une zone de transmission, d'accommodation et d'effacement. Sur le plan anthropologique, c'est le lieu de prédilection pour les ruptures utérines, et le point d'insertion des placentas prævia.

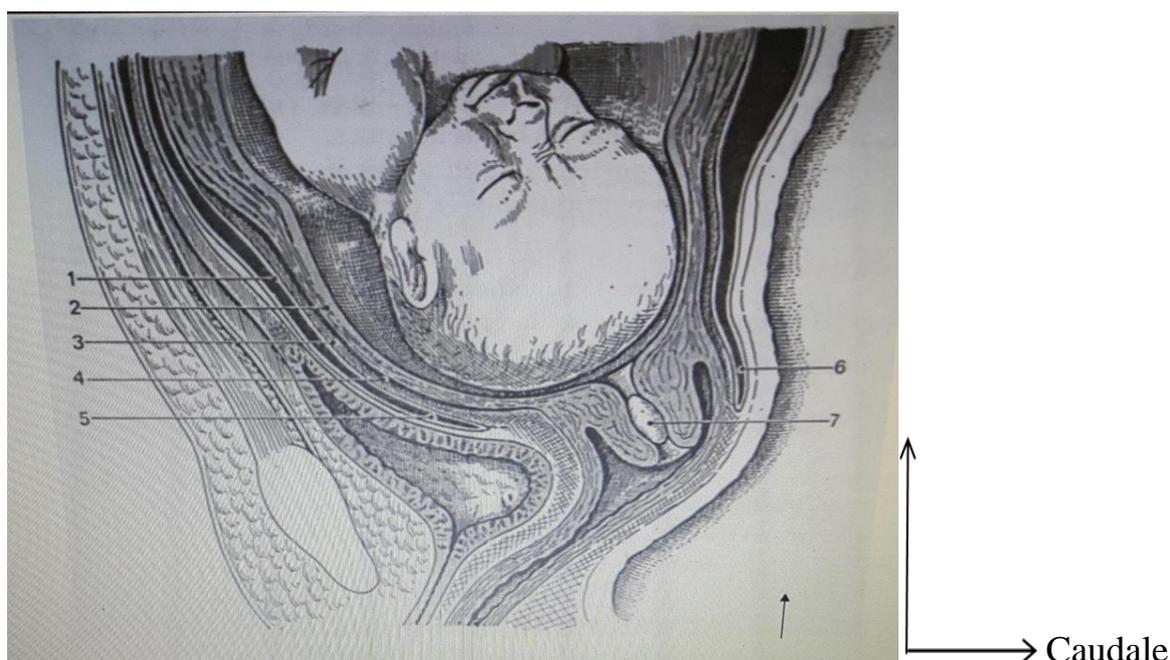


Figure 3 : Segment inférieur (coupe sagittale).

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

1.2.1.3. Col de l'utérus

Le col se modifie peu pendant la grossesse

- **Anatomie macroscopique**

Son volume et sa forme ne changent pas. La 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, au toucher vaginal qu'on le perçoit vers le sacrum.

Le col se ramollit au bout de quelques semaines de grossesses, mais cette modification peut manquer de netteté.

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.

1.2.1.4. Vascularisation de l'utérus gravide

a. 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 corpo réelle. 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 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.

b. Veines

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

c. Lymphatiques

Nombreux et hypertrophiés, ils forment trois réseaux communiquant largement entre eux. Ce sont des réseaux muqueux, musculaires et sous –séreux.

1.2.1.5. Innervation de l’utérus gravide :

Deux systèmes sont en jeu :

- **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.

- **Système extrinsèque :**

Il est formé par les plexus hypogastriques inférieurs qui sont plaqués sur la face latérale des viscères pelviens, utérus et vagin 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 et des racines sacrées, de nature parasympathique.

1.2.1.6. Physiologie de l’utérus gravide

L’utérus se contracte d’un bout à l’autre de la grossesse. Au début de la grossesse, les contractions utérines sont espacées peu intenses et indolores. Elles sont infra cliniques. En fin de grossesse ou au cours du travail, elles se rapprochent, deviennent plus violentes et douloureuses. Ces contractions utérines résultent d’un raccourcissement des chaînes de protéines contractiles (actomyosine) grâce à l’énergie libérée par l’adénosine (adénosine) triphosphate, en présence d’ions (Na, K, Ca). Les contractions utérines peuvent naître de n’importe quel point du muscle utérin.

L'activité utérine du travail doit être distinguée de celles de la grossesse qui sont soit des contractions de Braxton Hicks ou les ondes d'Alvaren. L'activité utérine au cours de la grossesse a pour effet essentiel : l'effacement et la dilatation du col, l'accommodation.

1.2.2. Dilatation du col

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

- La 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 musclé, 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.
- La phase concomitante : elle se caractérise par le décollement du pôle inférieur de l'œuf et la formation de la poche des eaux.
- La 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 inférieur bien formé qui transmet les forces à un col « préparé » ;
- ✓ Une présentation adéquate qui plonge dans un bassin normal,
- ✓ Une bonne accommodation foeto-pelvienne.

1.2.3. Accommodation

L'accommodation apparaît ainsi comme la résultante entre les forces propulsives de contraction et les obstacles qui lui sont opposés.

A chaque étage l'accommodation s'opère :

- ✓ Par orientation, faisant coïncider le plus grand diamètre de la présentation avec celui du plan à franchir ;
- ✓ Par amoindrissement, obtenu par la modification d'attitude de la présentation et, de façon inconstante, par des déformations plastiques de la présentation.

La traversée de la filière comprend trois temps :

- ✓ 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.

1.3. Cicatrice utérine

1.3.1. Etat de la cicatrice [13]

Tout le problème pour l'équipe obstétrical 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.

1.3.2. Etiologie

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

1.3.3. Interventions chirurgicales

- **Obstétricales**

- ✓ **Césarienne :**

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

La césarienne corporéale est une incision ouverture sagittale verticale du corps utérin. Elle contre-indique le travail en raison du risque élevé de rupture utérine. On y classe dans la même catégorie les incisions segmento-corporéales ainsi que la mini-césarienne pour avortement thérapeutique du 2ème trimestre qui, elle aussi, est corporéale [3].

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 [3].

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 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. Un plan unique est préférable à la superposition des sutures qui crée des récessus propices aux rétentions. La facile reconstitution de la séreuse péritonéale assure une bonne protection de la suture. Les désunions de cicatrice segmentaire se font dans un contexte différent des ruptures utérines vraies et passent souvent inaperçues.

✓ **Curetages**

Les perforations utérines lors des curetages pour avortement spontanée, interruption médicale de la grossesse (IMG), interruption volontaire de la grossesse 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 [3].

• **Interventions Gynécologiques**

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

✓ **Myomectomies**

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 myomectomie interstitielle ou sous-muqueuse permet d'assurer un meilleur drainage de la loge de myomectomie qui, par ailleurs, aura 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 de myomes, ainsi que le nombre de cicatrices nécessaire à leur extirpation. Enfin on tiendra compte de la complexité de l'hystéro plastie secondaire qui a été nécessaire [3].

✓ **Hystéro Plasties :**

- **Intervention de Strassman (1907)**

Indiquée dans les malformations utérines de type utérus bicorne notamment ceux 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 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%, faisant cependant reculer l'indication opératoire après la survenue de 2 à 3 avortements caractéristiques.

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

- **Réimplantations tubaires et salpingectomies**

Sont très souvent causes de rupture utérine précoce survenant la plupart du temps pendant le 2ème trimestre de la grossesse et sa traduction clinique est souvent bruyante avec un tableau d'hémorragie interne. Il n'y a pas de moyen absolu de se prémunir de telles ruptures de la corne après salpingectomie, que l'on ait ou

pas conservé la portion interstitielle de la trompe, l'œuf pouvant s'implanter dans la paroi utérine en cas de résection ou dans le moignon interstitiel restant.

1.3.4. Accident 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 prævia, 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 et de prostaglandines, de pratiques et manœuvres obstétricales instrumentales et non instrumentales.

- **Traumatismes**

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

1.3.5. Complications

- **Ruptures utérines**

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 et des ruptures utérines complètes.

Les ruptures complètes correspondent à une désunion des deux berges de la cicatrice entraînant une déchirure des trois 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 intactes, le fœtus va continuer à séjourner dans l'utérus expliquant ainsi la différence de mortalité fœtale entraînée par ces deux types de ruptures. Cette déhiscence peut atteindre tout ou une 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 d'une découverte soit opératoire lors de la césarienne soit au moment de la révision utérine. Les signes d'alarme classique représentés par l'hémorragie, la douleur au niveau de la cicatrice et la souffrance fœtale aiguë, sont souvent absents mais toujours fréquents dans nos pays [3].

- **Placenta prævia**

Bien que la rupture soit la complication la plus redoutée chez les patientes enceintes et porteuses d'un utérus cicatriciel, le risque d'une implantation anormale du placenta avec ses conséquences hémorragiques parfois désastreuses est à ne pas méconnaître.

Ces placentas prævia sont localisés le plus souvent sur la face antérieure de l'utérus. Un placenta prævia antérieur sur un utérus cicatriciel est une indication de césarienne itérative systématique avant tout 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 [3].

1.3.6. Conduite à tenir lors d'un nouvel accouchement

La conduite de l'accouchement sur utérus cicatriciel s'appelle l'épreuve utérine. Elle expose au risque de rupture utérine avec ses conséquences fœtales (souffrances fœtales aigue mort in utero) et maternelles (hémorragie, hystérectomie) grâce à une sélection correcte des patientes et à une surveillance rigoureuse de l'épreuve, le taux de rupture utérine varie entre 0 et 1% sans retentissement fœtal [14].

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

L'accouchement par voie basse ou du moins sa tentative se prévoit et se prépare. Alors même qu'il 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, pertes de sang etc...

Les règles à observer lorsque la voie naturelle a été choisie :

- ✓ L'accouchement doit se dérouler en milieu chirurgical.
- ✓ La femme informée doit arriver dès le début du travail.
- ✓ L'état du fœtus doit être contrôlé en permanence par l'enregistrement de son rythme cardiaque.
- ✓ Le déclenchement du travail est en principe contre indiqué chez la femme déjà césarisée. Cependant, lorsque les conditions locales sont extrêmement favorables, il peut être envisagé avec prudence.
- ✓ L'analgésie péridurale bien conduite est possible.

- ✓ Pour l'expulsion, on fait recours fréquemment au forceps.
- ✓ Une révision utérine vérifie la paroi utérine après l'accouchement [15].

- **Césarienne itérative**

Toute césarienne corporéale antérieure est l'indication de la césarienne itérative. Elle 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 encore être envisagée quand les suites de la précédente césarienne ont été compliquées d'infection liée à une endométrite (fièvre élevée et persistante, suppuration, lochies fétides, rejet de débris sphacéliques). Pour la grossesse en cours, si le placenta est bas inséré ou inséré sur la cicatrice antérieure, une césarienne de principe sera faite. Il en est de même lorsqu'une présentation du siège ayant motivé la première césarienne est à nouveau constatée lors de la grossesse suivante. De toute façon une césarienne de principe sera effectuée si les moyens de surveillance sont insuffisants, ou si les garanties de sécurité ne sont pas réunies [15].

- **Césarienne itérative et stérilisation**

Lors de la césarienne itérative l'état du pelvis et de l'abdomen est très variable. Le plus souvent la nouvelle opération n'est pas plus difficile que la précédente. Les accoucheurs estiment souvent qu'après la 3ème césarienne, ils sont en droit de stériliser la femme qui, presque toujours le demande elle-même. La stérilisation repose sur des raisons médicales : état local de l'utérus trois fois sectionné, danger d'une rupture utérine ultérieure, fatigue, désir légitime de s'en tenir là. On ne peut nier qu'un certain arbitraire préside à cette conduite. On peut en effet parfois pratiquer sans danger quatre ou cinq césariennes chez la même femme.

Des médecins se laissent aller quelques fois sur la seule demande de la femme, à pratiquer la stérilisation après deux et même une seule césarienne. En droit, le consentement ne suffit pas pour permettre une atteinte de l'intégrité du corps de la femme, s'il n'y a pas de surcroît une raison médicale. La femme, même si elle

était consentante au départ, peut être la première à faire des reproches, si son enfant vient à succomber ou si elle se remarie par exemple [15].

- **Césarienne prophylactique**

- ✓ **Les indications**

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

- **Les rétrécissements pelviens**

Les bassins chirurgicaux sont bien sûr une indication de césarienne itérative. Dans les rétrécissements pelviens, l'indication n'est pas toujours aussi évidente, d'autant que chez la primipare, elle 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 traces, le partogramme et vérifier la réalité du rétrécissement par une radiopelvimétrie 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

- **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 corporéale,
- Cicatrices des mini-césariennes pour interruptions tardives de grossesses ou, perforations utérines d'IVG, compliquées d'infection : fièvre élevée et persistante, suppuration, lochies fétides, rejet de débris sphacéliques,
- Cicatrices utérines multiples (par exemple césarienne plus myomectomie ou myomectomie multiple),
- 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 ou 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.

○ **La grossesse actuelle**

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

- Une sur-distension utérine (macrosomie, grossesse gémellaire, hydramnios)
- Une présentation autre que celle du sommet
- Un placenta praevia antérieur
- Un dépassement de terme qui, dans d'autres circonstances, serait une indication de déclenchement artificiel du travail.

● **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), 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/ mn [16].

1.3.7. Conduite de l'épreuve utérine [16].

- **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 réalisant des tableaux évidents et tardifs.

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

- **Évolution 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 césarienne au cours de l'épreuve utérine est diminué. L'anomalie la plus fréquente au cours du travail est le ralentissement ou la stagnation de la dilatation.

L'hypocinésie est la cause la plus habituelle. Son diagnostic et son traitement par les ocytociques nécessitent la tocographie interne. En l'absence de cette technologie, le diagnostic peut parfois passer inaperçu et la prescription d'ocytocique est interdite car dangereuse ; dans ces cas-là on passe à la césarienne. La dystocie cervicale est diagnostiquée devant une stagnation de la dilatation avec une activité utérine correcte. Le col est rigide, des antispasmodiques doivent être administrés et leur effet jugé rapidement. En cas de stagnation de la dilatation pendant deux heures ou de dilatation inférieure à 1 cm par heure, il faut pratiquer une césarienne.

- **L'expulsion**

L'extraction instrumentale ne doit pas être systématique ; par contre après 20 minutes d'efforts expulsifs, une application de forceps ou de ventouse s'impose. L'expression abdominale est à bannir.

- **La révision utérine**

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

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

1.3.8. Eléments de décision pour l'accouchement à venir [15]

La décision du mode d'accouchement repose sur le type de l'intervention antérieure et sur ses indications.

- **Type de césarienne antérieure**

Toute césarienne corporeale antérieure est une indication de la césarienne itérative. Si la césarienne a été segmentaire, on a d'abord à se demander si l'on peut laisser l'accouchement se dérouler par les voies naturelles. L'évaluation des chances de succès prendra d'abord en compte la cicatrice utérine. Sa qualité dépend souvent de la qualité du chirurgien. Il est indispensable d'avoir le compte

rendu opératoire détaillé de l'intervention précédente. L'hystérographie faite en dehors de la grossesse, au moins six 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 sacculaton. L'échographie ou l'hystérocopie remplaceront peut-être cet examen.

- **Indications de la césarienne antérieure**

Elles demandent parfois à être discutées. Pour les césariennes pratiquées pour dystocie osseuse ou DFP, il est nécessaire de réexaminer attentivement le bassin et de s'aider éventuellement de la radiopelvimétrie. Une dystocie dynamique ayant justifié une première césarienne ne se reproduira pas nécessairement et autorise l'essai de la voie basse. En revanche, il faut être très prudent lorsque l'indication précédente a été un placenta praevia. C'est une circonstance défavorable pour accepter la voie basse, surtout s'il était inséré sur la face antérieure de l'utérus.

L'âge de la grossesse au moment de la césarienne antérieure : avant 37SA le segment inférieur n'est pas formé et l'hystérotomie a dû s'effectuer verticalement, débordant en partie sur le corps de l'utérus. La durée du travail et le degré de dilatation au moment de la première césarienne doivent être pris en compte : une femme en travail avec un segment inférieur formé, et parvenue à un certain degré de dilatation se trouve dans des conditions bien plus favorables. Il faut tenir compte également dans notre pays du désir de la patiente.

1.3.9. Classification des utérus cicatriciels

❖ Classification hystéro-salpingographique selon Thoulon [3]

Thoulon a proposé une classification en quatre groupes avec pour les 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, pseudo-diverticulaire, aspect de hernie ou de fistule).

Le nombre important d'images du groupe 3 et 4 (20%) ainsi que le manque de concordance retrouvé a 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.

❖ Classification échographique selon Rozenberg [3]

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 trois groupes :

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

L'interprétation des coupes sagittales est plus difficile et controversée

II. METHODOLOGIE

II. METHODOLOGIE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du CHU GT. C'est actuellement l'un des derniers recours pour la population du district de Bamako et pour les autres centres de références de santé du pays. Il participe à la mise en œuvre des programmes de santé publique à travers la prise en charge des urgences. Il a aussi des missions de soins, de formation et de recherche.

2.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude Cas /Témoin et analytique, comparant les patientes qui sont à leur 2^{ème} accouchement avec un antécédent de césarienne à celles qui accouchent dans les mêmes conditions mais avec un utérus sain. On a considéré comme cas les patientes admises pour accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel pendant la période de l'étude. Les témoins étaient les patientes ayant accouché juste avant ou après les cas avec un utérus sain.

2.3. Période d'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de quatre ans allant du 1^{er} janvier 2019 au 31 Décembre 2022

2.4. Population d'étude

La population était constituée de toutes les patientes admises en travail d'accouchement pour leur 2^{ème} accouchement pendant la période d'étude.

Critères d'inclusion

- **Cas** : toutes les parturientes qui sont à leurs 2^{ème} accouchements après un antécédent de césarienne avec les conditions obstétricales favorables
- **Témoins** : toutes les parturientes qui sont à leur 2^{ème} accouchement sur un utérus sain avec les conditions obstétricales favorables.

Critères de non-inclusion

- **Cas** : toutes les parturientes ayant :
 - ✓ Une cicatrice utérine d'origine gynécologique telle une myomectomie, celles avec un utérus multi-cicatriciels,
 - ✓ Des indications permanentes de césarienne,
 - ✓ Une indication de césarienne prophylactique
 - ✓ Un intervalle inter génésique inférieur (IIG) à 24 mois
- **Témoins** : toutes les parturientes ayant les conditions obstétricales non favorables pour l'accouchement par la voie basse.

2.5.Échantillonnage

Nous avons réalisé un échantillonnage exhaustif pour les cas en prenant en compte toutes les patientes répondant aux critères d'inclusion. Pour les témoins nous avons choisi 1 cas pour 2 témoins.

Taille de l'échantillon

La formule classique pour le calcul de la taille de l'échantillon dans le cas d'une étude de cohorte rétrospective (ou étude cas-témoin) est généralement basée sur la distribution de la loi normale standard (Z) pour le niveau de confiance (alpha) et la puissance statistique (1 - bêta), ainsi que sur la proportion d'événements dans la population (P) et la taille de l'effet (d) que vous souhaitez détecter. La formule est la suivante :

$$N = [Z^2 * P(1 - P)] / (d^2)$$

Où :

- N est la taille de l'échantillon requise.
- niveau de confiance selon la [loi normale centrée réduite](#) (pour un niveau de confiance de 95%, z = 1.96)

- P est la proportion d'événements dans la population (la fréquence de l'événement sur la période temporelle spécifique que vous étudiez).
- d est la marge d'erreur à 5%.

En prenant P, la prévalence des femmes ayant accouchée sous utérus cicatriciel de l'étude Bengaly M en 2014 qui était de 3,9% [6].

$$N = [1,96^2 \times 0,039 (1 - 0,039)] / 0,05^2$$

$$N = [3,842 \times 0,037] / 0,0025 = 57,60$$

Le nombre de cas minimum devrait être de 58 cas

2.6. Outils et collecte des données

Les données ont été collectées de façon rétrospective à partir des supports suivants :

- Registre d'accouchement
- Registre de compte-rendu opératoire ;
- Dossiers obstétricaux des malades ;
- Fiches de collectes de données
- Registre de décès périnatal,
- Registre de transfert de nouveau-nés

2.7. Variables étudiées

Tableau II : Variables étudiées

Nom des variables	Type variable	Échelle
Age	Quantitatif	Année
Profession	Qualitatif	1 : ménagère= ; 2 : fonctionnaire ; 3 : etc.
Niveau d'étude	Qualitatif	1 : non scolarisée ; 2 : scolarisée
Statut matrimonial	Qualitatif	1 : mariée ; 2 : célibataire
Gestité	Quantitatif	1 : Primi ; 2 : pauci ; 3 : etc.
Parité	Quantitatif	1 : Primi ; 2 : pauci ; 3 : multi
Antécédents D'HTA G	Qualitatif	1 : oui ; 2 : non
Antécédents médico-chirurgicaux	Qualitatif	1 : avec ; 2 : sans
CPN	Qualitatif	1 : 0 ; 2 : 1-3 ; 3 : ≥ 4
BCF	Qualitatif	1 : < 120 ; 2 : 120-160 ; 3 : ≥ 160
Voie d'accouchement	Qualitatif	1 : voie basse ; 2 : césarienne
Indications de la césarienne	Qualitatif	1 : Eclampsie ; 2 : HRP; 3 :etc.
Complication maternelles	Qualitatif	1 : Eclampsie ; 2 : HRP; 3 :etc.
Complication néonatales	Qualitatif	1 : RCIU ; 2 : Prématurité ; 3 : etc.

2.8. Saisie et analyse des données

Le traitement de texte a été fait sur Microsoft Word 2016. Au plan statistique, les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 22.0. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage. Les tests statistiques utilisés étaient l'Odds Ratio (OR), et l'intervalle de confiance (IC).

III. RESULTATS

III. RESULTATS

3.1. Fréquence :

Durant notre période d'étude, nous avons enregistré 12921 accouchements dans le service parmi lesquels nous avons colligé **105** cas de 2^{ème} accouchement avec un antécédent de césarienne soit une fréquence de **0,82%**

3.2. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau III : Répartition selon la tranche d'âge

Tranche d'âge en année	Effectifs		Total	OR [IC]
	Cas (%)	Témoins (%)		
≤ 19	14 (13,3)	19 (9,1)	33	1,55 [0,74 – 3,22]
[20 - 35]	86 (82,0)	189 (90,0)	275	0,50 [0,25 - 0,98]
> 35	5 (4,7)	2 (0,9)	7	5,20 [0,99 – 27,27]
Total	105 (100%)	210 (100%)	315	

Test exact de Fischer = 6,029 ddl = 2 **p = 0,038**

Pour les cas : l'âge moyen a été de 24,49 ans avec des extrêmes de 16 et 43 ans

Pour les témoins : l'âge moyen a été de 24,40 ans avec des extrêmes de 17 et 41 ans.

Tableau IV: Répartition selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif		Total	OR [IC]
	Cas (%)	Témoins (%)		
Aucun	61 (58,1)	159 (75,7)	220	0,44 [0,27 – 0,73]
Primaire	24 (22,9)	16 (7,6)	40	3,59 [1,81 – 7,18]
Secondaire	14 (13,3)	13 (6,2)	27	2,33 [1,05 – 5,16]
Supérieur	6 (5,7)	22 (10,5)	28	0,52 [0,18 – 1,32]
Total	105 (100)	210 (100)	315	

Tableau V : Répartition selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif		Total	OR [IC]
	Cas (%)	Témoins (%)		
Venue d'elle-même	38 (36,2)	105 (50)	143	0,56 [0,35 – 0,92]
Référée	27 (25,7)	11 (5,2)	38	6,26 [2,96 – 13,23]
Évacuée	40 (38,1)	94 (44,8)	134	0,75 [0,47 – 1,22]
Total	105 (100)	210 (100)	315	

Tableau VI : Répartition selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Effectif		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
0	10 (9,5)	4 (1,9)	14	5,42 [1,66 – 17,73]
1	95 (90,5)	206 (98,1)	301	0,18 [0,05 – 0,59]
Total	105 (100)	210 (100)	315	

Tableau VII : Répartition selon l'indication de la césarienne antérieure

Indication de la césarienne antérieure	Effectif	Pourcentage
Non connue	21	20,0
Pré-éclampsie + HTA	17	16,2
Présentation vicieuse	13	12,4
D.F.P	10	9,5
Souffrance fœtale aigue	10	9,5
Eclampsie	8	7,6
Dilatation stationnaire	5	4,8
Placenta praevia	4	3,8
Dystocie	3	2,8
Oligo-amnios sévère	2	1,9
HRP	2	1,9
Bassin immature	2	1,9
Anomalie funiculaire	2	1,9
Primipare âgé	2	1,9
Dépassement de terme	1	0,9
Anamios	1	0,9
RPM	1	0,9
Syndrome de pré-rupture utérine	1	0,9
Total	105	100,0

Tableau VIII : Répartition selon le déroulement du dernier accouchement

Déroulement du dernier accouchement	Effectif		Total	OR [IC]
	Cas (%)	Témoins (%)		
Eutocique	78 (74,3)	210 (100)	288	//
Dystocique	27 (25,7)	0 (0)	27	//
Total	105 (100%)	210 (100%)	315	

3.3. Données cliniques

Tableau IX: Répartition selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectif		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
CUD sur grossesse	50 (47,6)	124 (59,0)	174	0,63 [0,39 – 1,01]
Prééclampsie + HTA	25 (23,8)	40 (19,0)	65	1,33 [0,75 – 2,34]
HRP	9 (8,6)	16 (7,6)	25	1,14 [0,48 – 2,66]
RPM sur grossesse	6 (5,7)	5 (2,4)	11	2,48 [0,74 – 8,34]
MAP	1 (0,9)	6 (2,8)	7	0,33 [0,04 – 2,75]
Souffrance fœtale aigue	3 (2,8)	4 (1,9)	7	1,54 [0,33 – 6,89]
Éclampsie	2 (1,9)	3 (1,4)	5	1,34 [0,22 – 8,14]
Anémie sévère sur grossesse	1 (0,9)	3 (1,4)	4	0,66 [0,07 – 6,46]
Dystocie d'expulsion	2 (1,9)	1 (0,5)	3	4,06 [0,36 - 45,28]
Déclenchement du travail	0	2 (0,9)	2	//
Dépassement de terme	1 (0,9)	1 (0,5)	2	2,01 [0,12 – 32,45]
Placenta prævia	1 (0,9)	1 (0,5)	2	2,01 [0,12 – 32,45]
Diminution du MAF + OMI	0	1 (0,5)	1	//
Épreuve utérine	1 (0,9)	0	1	//
IIG court sur utérus cicatriciel	1 (0,9)	0	1	//
Macrosomie	1 (0,9)	0	1	//
MFIU sur grossesse	0	1 (0,5)	1	//
Oligo-amnios sévère	0	1 (0,5)	1	//
Cardiopathie	0	1 (0,5)	1	//
Syndrome de pré-rupture utérine	1 (0,9)	0	1	//
Total	105 (100)	210 (100)	315	

Test exact de Fisher = 25,738 ddl = 23 p = 0,18

Tableau X: Répartition selon le nombre de CPN réalisées

Nombre de CPN réalisé	Effectif		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
0	3 (2,8)	11 (5,2)	14	0,53 [0,14 – 1,95]
1 - 3	52 (49,5)	86 (40,9)	138	1,41 [0,88 – 2,26]
≥ 4	50 (47,6)	113 (53,8)	163	0,78 [0,49 – 1,25]
Total	105 (100)	210 (100)	315	

Tableau XI: Répartition selon la qualification de l'auteur des CPN

Qualification de l'auteur des CPN	Effectif		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
Gynécologue-obstétricien	28 (27,2)	59 (29,8)	87	0,87 [0,52 – 1,49]
Médecin Généraliste	28 (27,2)	24 (12,1)	52	2,70 [1,47 – 4,97]
Sage-Femme	47 (45,6)	113 (57,1)	160	0,63 [0,39 – 1,02]
Infirmière obstétricienne	0 (0)	2 (1,0)	2	//
Total	103 (100)	198 (100)	301	

Test exact de Fisher=11,037 ddl=3 p=0,007

Tableau XII: Répartition selon l'âge gestationnel à l'admission

Age gestationnel à l'admission	Effectif		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
≥ 22 SA - < 28 SA	2 (1,9)	5 (2,4)	7	0,82 [0,16 – 4,28]
≥ 28 SA - < 37SA	32 (30,5)	65 (30,9)	97	0,98 [0,59 – 1,63]
≥ 37 SA - < 42SA	60 (57,1)	111 (52,8)	171	1,19 [0,74 – 1,91]
≥ 42 SA	1 (0,9)	2 (0,9)	3	1,00 [0,09 – 11,16]
Non précis	10 (9,5)	27 (12,8)	37	0,71 [0,33 – 1,54]
Total	105 (100)	210 (100)	315	

Tableau XIII : Répartition selon la phase du travail à l'admission

Phase du travail à l'admission	Effectif		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
Phase de latence	20 (19,0%)	26 (12,4%)	46	1,66 [0,88 – 3,15]
Phase active	50 (47,6%)	146 (69,5%)	196	0,39 [0,24 – 0,64]
Période d'expulsion	9 (8,6%)	16 (7,6%)	25	1,14 [0,48 – 2,66]
Non en travail	26 (24,8%)	22 (10,5%)	48	2,81 [1,50 – 5,25]
Total	105 (100%)	210 (100%)	315	

Tableau XIV : Répartition selon les BDCF à l'admission

BDCF à l'admission en bat /min	Type d'étude		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
Absent	12 (11,4)	31 (14,8)	43	0,74 [0,36 – 1,52]
< 120	3 (2,8)	2 (0,9)	5	3,06 [0,50 – 18,59]
[120 - 160]	87 (82,8)	175 (83,3)	262	0,99 [0,55 – 1,80]
> 160	3 (2,8)	2 (0,9)	5	3,06 [0,50 – 18,59]
Total	105 (100)	210 (100)	315	

Tableau XV : Répartition selon l'état des membranes à l'admission

État des membranes	Type d'étude		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
Intactes	83 (79,0)	177 (84,3)	260	0,70 [0,38 – 1,28]
Rompues	22 (20,9)	33 (15,7)	55	1,42 [0,78 – 2,59]
Total	105 (100)	210 (100)	315	

Ki2= 1,333 ddl= 1 p= 0,248

Tableau XVI : Répartition selon le délai de la rupture des membranes et l'accouchement

Délai de la rupture des membranes	Type d'étude		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
< 12 heures	2 (25)	0 (0)	2	//
≥ 12 heures	6 (75)	7 (100)	13	//
Total	8 (100)	7 (100)	15	

Tableau XVII : Répartition selon la durée du travail

Durée du travail en heure	Type d'étude		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
< 6	12 (21,0%)	53 (29,3%)	65	0,64 [0,32 – 1,31]
≥ 6 - < 8	28 (49,1%)	75 (41,4%)	103	1,36 [0,75 – 2,48]
≥ 8 - < 12	15 (26,3%)	43 (23,7%)	58	1,14 [0,58 – 2,26]
≥ 12	2 (3,5%)	10 (5,5%)	12	0,62 [0,13 – 2,92]
Total	57 (100%)	181 (100%)	238	

Test de Fisher =1,996 ddl = 3 p = 0,584

Tableau XVIII : Répartition selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Type d'étude		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
Voie basse	57(54,3)	181(86,2)	238	0,19 [0,11 – 0,33]
Voie haute	48 (45,7)	29 (13,8)	77	5,22 [3,03 – 9,13]
Total	105 (100%)	210 (100%)	315	

Ki2=38,580 ddl=1 p=0,000

Nous avons enregistré 2 cas d'extractions instrumentales par voie basse : 1 cas d'extraction par ventouse pour les cas et 1 cas d'extraction par ventouse pour les témoins.

Tableau XIX : Répartition selon l'indication de la césarienne

Indication de la césarienne	Type d'étude		Total	OR [IC]
	Cas (n = 48)	Témoins (n = 29)		
Prééclampsie + HTA	13 (27,08)	11(37,93)	24	0,61 [0,22 – 1,63]
HRP	7 (15,58)	9 (31,03)	16	0,38 [0,12 – 1,16]
Souffrance fœtale aiguë	8 (16,66)	3 (10,34)	11	1,77 [0,42 – 7,14]
Dilatation stationnaire	6 (12,50)	1 (3,45)	7	4,00 [0,45 – 35,05]
Syndrome de pré-rupture utérine	5 (10,42)	1 (3,45)	6	3,26 [0,36 – 29,36]
Éclampsie	2 (4,17)	3 (10,34)	5	0,37 [0,06 – 2,40]
Défaut d'engagement à dilatation complète	2 (4,17)	0 (0,00)	2	//
RPM	2 (4,17)	0 (0,00)	2	//
DFP	1 (31,03)	1 (3,45)	2	0,59 [0,04 – 9,91]
Grossesse prolongée sur utérus cicatriciel	1 (31,03)	0 (0,00)	1	//
Suspicion de macrosomie sur utérus cicatriciel	1 (2,08)	0 (0,00)	1	//
Total	48 (100)	29 (100)	77	//

Test de Fisher = 49,239 ddl = 12 p = 0,000

3.4. Pronostic

3.4.1. Pronostic maternel

Tableau XX : Répartition selon l'état de la mère

État maternel	Type d'étude		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
Vivante	103 (98,1)	207 (98,6)	310	0,75 [0,13 – 4,54]
Décédée	2 (1,9)	3 (1,4)	5	1,34 [0,22 – 8,14]
Total	105 (100)	210 (100)	315	

Tableau XXI : Répartition selon la cause du décès maternel

Cause du décès maternel	Type d'étude		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
Choc Hémorragique	1 (50)	1 (33,3)	2	2,00 [0,05 – 78,25]
Éclampsie	1 (50)	0 (0,0)	1	//
Insuffisance rénale	0 (0,0)	2 (66,7)	2	//
Total	2 (100)	3 (100)	5	//

Test de Fisher = 5,158 : ddl = 5 , p = 0,540

Tableau XXII : Répartition selon les complications per-partum

Complications per-partum	Type d'étude		Total	OR [IC]
	Cas	Témoin		
Anémie	9 (81,8)	36 (97,3)	45	0,13 [0,01 – 1,53]
Choc hémorragique	2 (18,2)	0 (0,0)	2	//
Crise drépanocytaire + Anémie	0 (0,0)	1 (2,7)	1	//
Total	11 (100)	37 (100)	48	

Tableau XXIII : Répartition selon les complications dans le post partum

Complications dans le post partum	Type d'étude		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
Anémie	9 (100)	37 (94 ,9)	46	//
Insuffisance rénale	0 (0,0)	2 (5,1)	2	//
Total	9 (100)	39 (100)	48	

3.4.2. Pronostic foetal

Tableau XXIV : Répartition selon l'Apgar à la 1^{ère} min

Apgar 1 ^{ère} min	Type d'étude		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
Mort-né	9 (8,6)	23 (10,9)	32	0,76 [0,33 – 1,71]
[3 – 6]	4 (3,8)	14 (6,7)	18	0,55 [0,15 – 1,65]
≥ 7	92 (87,6)	173 (32,4)	265	1,51 [0,76 – 2,99]
Total	105 (100)	210 (100)	315	

Ki2 = 1,619 ; ddl = 2 ; p = 0,445

Tableau XXV : Répartition selon l'Apgar à la 5^{ème} min

Apgar 5 ^{ème} min	Type d'étude		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
[3 - 6]	3 (2,8)	11 (5,2)	14	0,51 [0,14 – 1,89]
≥ 7	93 (88,6)	176 (83,8)	269	1,93 [0,55 – 7,11]
Total	96 (100)	187 (100)	283	

Test de Fisher = 1,275 ; ddl = 2 ; p = **0,502**

Tableau XXVI: Répartition selon le poids des nouveau-nés

Poids des N-nés en gramme	Type d'étude		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
< 2500	27 (25,7)	51 (24,3)	78	1,08 [0,63 – 1,85]
≥ 2500	78 (74,3)	159 (75,7)	237	0,92 [0,54 – 1,58]
Total	105 (100)	210 (100)	315	

Khi² = 0,077 ; ddl = 1 ; **p = 0,782**

Cas : Poids moyen = 2 725,10 g ± 753 g avec extrêmes de 990 g et 3 845 g

Témoins : Poids moyen = 2 608,68 g ± 799 g avec extrêmes de 690 g et 4 185 g

Tableau XXVII : Répartition selon la cause du décès périnatal

Cause du décès périnatal	Type d'étude		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
HRP	6 (66,6)	15 (65,2)	21	1,06 [0,21 – 5,44]
Prééclampsie	1 (11,1)	6 (26,1)	7	0,35 [0,04 – 3,45]
Rupture utérine	2 (22,2)	0 (0,0)	2	//
Asphyxie fœtale chronique	0 (0,0)	2 (8,7)	2	//
Total	9 (100)	23 (100)	32	

Test de Fisher = 5,072 ; ddl = 4 ; **p = 0,242**

Tableau XXVIII : Répartition selon le motif de référence du nouveau-né

Motif de référence du nouveau-né	Type d'étude		Total	OR [IC]
	Cas	Témoins		
Prématurité	8 (47)	12 (52,2)	20	0,81 [0,23 – 2,86]
Souffrance néonatale	6 (35,3)	5 (21,7)	11	1,96 [0,48 – 7,99]
Hypotrophie	3 (17,6)	1 (4,3)	4	4,71 [0,44 – 49,95]
RPM	0 (0,0)	3 (13)	3	//
Macrosomie	0 (0,0)	1 (4,3)	1	//
Mère séropositive au VIH	0 (0,0)	1 (4,3)	1	//
Total	17 (100)	23 (100)	40	

Khi² = 8,472 ; ddl = 6 ; p = 0,206

3.5. Étude Analytique : Facteurs influençant la voie d'accouchement

Tableau XXIX : Relation entre tranche d'âge et la voie d'accouchement

Tranche d'âge en année	Voie d'accouchement					
	Voie basse		OR [IC]	Voie haute		OR [IC]
	Cas	Témoins		Cas	Témoins	
≤ 19	8 (14,0)	17 (9,4)	1,57 [0,64 – 3,86]	6 (12,5)	2 (6,9)	1,93 [0,36 – 10,26]
≤20 - <35	47 (82,5)	163 (90,0)	0,52 [0,22 – 1,20]	39 (81,3)	26 (89,7)	0,50 [0,12 – 2,02]
≥ 35	2 (3,5)	1 (0,6)	6,54 [0,58 – 73,56]	3 (6,2)	1 (3,4)	1,86 [0,18 – 18,84]
Total	57 (100)	181 (100)		48 (100)	29 (100)	
P-value	0,109			0,789		

Tableau XXX : Relation entre voie d'accouchement et âge gestationnel

Age gestationnel en SA	Voie d'accouchement					
	Voie basse		OR [IC]	Voie haute		OR [IC]
	Cas	Témoins		Cas	Témoins	
≥ 22 – < 28	1 (1,75)	4 (2,21)	0,79 [0,08 – 7,21]	1 (2,12)	1 (3,45)	0,59 [0,04 – 9,91]
≥ 28 – < 37	17 (29,82)	48 (26,5)	1,17 [0,61 – 2,27]	15 (31,25)	17 (58,62)	0,32 [0,12 – 0,83]
≥ 37 – < 42	31 (54,39)	104 (57,4)	0,88 [0,48 – 1,60]	29 (60,42)	7 (24,14)	4,79 [1,71 – 13,41]
≥ 42	1 (1,75)	2 (1,10)	1,59 [0,14 – 17,95]	0 (0,0)	0 (0,0)	//
Non précis	7 (12,28)	23 (12,71)	0,96 [0,39 – 2,37]	3 (6,25)	4 (13,8)	0,41 [0,08 – 2,01]
Total	57 (100)	181 (100)		48 (100)	29 (100)	
P-value	0,959			0,009		

Tableau XXXI : Relation entre phase du travail à l'admission et la voie d'accouchement

Phase du travail à l'admission	Voie d'accouchement					
	Voie basse		OR [IC]	Voie haute		OR [IC]
	Cas	Témoins		Cas	Témoins	
Phase de latence	9 (15,7)	26 (14,4)	1,12 [0,49 – 2,55]	11 (22,9)	0 (0,0)	//
Phase active	39 (68,4)	137 (75,7)	0,69 [0,36 – 1,34]	11 (22,9)	9 (31,0)	1,74 [0,57 – 5,32]
Expulsion	8 (14,0)	15 (8,3)	1,80 [0,72 – 4,51]	1 (2,1)	1 (3,5)	1,16 [0,07 – 19,67]
Non en travail	1 (1,8)	3 (1,7%)	1,06 [0,11 – 10,39]	25 (52,1)	19 (65,5)	//
Total	57 (100)	181 (100)		25 (7,9)	29 (100)	
P-value	0,603			0,036		

Tableau XXXII : Relation entre la voie d'accouchement et l'état des membranes

État des membranes	Voie d'accouchement					
	Voie basse		OR [IC]	Voie haute		OR [IC]
	Cas	Témoins		Cas	Témoins	
Intacte	43 (75,4)	152 (84,0)	0,58 [0,28 – 1,21]	40 (83,3)	25 (86,2)	0,80 [0,22 – 2,93]
Rompue	14 (24,6)	29 (16,0)	1,71 [0,83 – 3,51]	8 (16,7)	4 (13,8)	1,25 [0,34 – 4,58]
Total	57 (100)	181 (100)		48 (100)	29 (100)	
P-value	0,144			0,736		

Tableau XXXIII : Relation entre voie d'accouchement et Apgar à la 1^{ère} min

Apgar 1 ^{ère} min	Voie d'accouchement					
	Voie basse		OR [IC]	Voie haute		OR [IC]
	Cas	Témoins		Cas	Témoins	
0	3 (5,3)	15 (8,3)	0,61 [0,17 – 2,20]	6 (12,5)	8 (27,6)	0,37 [0,11 – 1,22]
3 – 6	3 (5,3)	7 (3,9)	1,38 [0,34 – 5,52]	1 (2,1)	7 (24,1)	0,07 [0,01 – 0,57]
≥ 7	51 (89,4)	159 (87,8)	1,17 [0,45 – 3,06]	41 (85,4)	14 (48,3)	6,28 [2,15 – 18,53]
Total	57 (100)	181 (100)		48 (100)	29 (100)	
P-value	0,691			0,001		

Tableau XXXIV : Relation entre la voie d'accouchement et Apgar à la 5^{ème} min

Apgar 5 ^{ème} min	Voie d'accouchement					
	Voie basse		OR [IC]	Voie haute		OR [IC]
	Cas	Témoins		Cas	Témoins	
0	3 (5,3)	15 (8,3)	0,61 [0,17 – 2,20]	6 (12,5)	8 (27,6)	0,37 [0,11 – 1,22]
3 – 6	3 (5,3)	6 (3,3)	1,62 [0,39 – 6,69]	0 (0,0)	5 (17,2)	//
≥ 7	51 (89,4)	160 (88,4)	1,12 [0,43 – 2,92]	42 (87,5)	16 (61,5)	5,68 [1,84 – 17,53]
Total	57 (100)	181 (100)		48 (100)	29 (100)	
P-value	0,612			0,001		

IV. Commentaires-Discussion

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4.1. Approche méthodologique

Nous avons mené une étude Cas /Témoins, comparant les patientes qui sont à leur 2^{ème} accouchement avec un antécédent de césarienne à celles qui accouchent dans les mêmes conditions mais avec un utérus sain. Comme toutes études avec une collecte rétrospective des données, nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés comme entre-autres :

- Le mauvais remplissage des supports ;
- Le mauvais archivage des supports ;

Ces difficultés ont entraîné des données manquantes sur nos résultats et à l'analyse statistique. Néanmoins les résultats obtenus nous ont permis d'avoir un aperçu sur le pronostic de l'accouchement après un premier accouchement par césarienne.

4.2. Fréquence

La prévalence des accouchements sur utérus cicatriciel varie d'une structure à une autre quel que soit le pays et est probablement liée au taux de césarienne.

Notre fréquence du premier accouchement après une césarienne (0,82%) est confirmée par les données de la littérature qui rapportent des fréquences variante entre 1,26% et 8%. Ainsi, Keita MN [17] , Traoré D [18] et Valère MK [19] ont rapporté respectivement 1,26% ; 4% et 8% d'accouchement sur utérus cicatriciel.

Chibani M et all [20] en Tunisie ont trouvé une fréquence de 2,6% et Anderson GM [21] a rapporté une fréquence de 7,6% au Canada.

La disparité des résultats rapportés dans la littérature, est due à la différence des conditions médicales et à l'absence d'une attitude homogène entre les obstétriciens devant un accouchement sur utérus cicatriciel.

4.3. Caractéristiques sociodémographiques

L'accouchement sur utérus cicatriciel chez les adolescentes (13,3%) constitue une inquiétude quant à leur avenir obstétrical qui risque d'être limité par le nombre de césarienne avec 5,2 fois plus de risque pour les plus de 35 ans de présenter un utérus cicatriciel (OR [IC] = 5,20 [0,99 – 27,27]). La moyenne d'âge de 24,49 ans chez les cas est confirmée par les études menées par Sow OK [22], Fomba I [23], Bah A. [24] et Hamet TA [25] qui ont rapporté respectivement un âge moyen de 27,12 ans ; 27,8 ans ; 27,38 ans et 27,6 ans.

Le taux d'accouchement élevé sur utérus cicatriciel surtout chez les adolescentes pourrait s'expliquer par la nuptialité précoce sur un bassin qui est encore immature.

La non-scolarisation des filles constitue un problème majeur dans notre société (58,1% contre 75,7%) et pouvant entraver le suivi de la grossesse avec 2,8% de grossesse non suivie pour les cas et 5,2% pour les témoins. Les femmes de niveau du primaire (OR [IC] = 3,59 [1,81 – 7,18]) et du secondaire (OR [IC] = 2,33 [1,05 – 5,16]) présentaient plus de risque de présenter un utérus cicatriciel.

Ce taux élevé de femmes non-scolarisées est similaire aux résultats rapportés par Fomba I [23], Niambelé A [26] et Diarra AK [27] qui ont trouvé respectivement un taux 64,6% ; 49,10% et 48,9%.

L'organisation de la référence-évacuation est gage de la réduction de la mortalité maternelle. Les patientes ayant un utérus cicatriciel ont été admises en urgence dans 38,1% contre 44,8% chez les témoins. L'admission en urgence est un facteur de risque de complications per-partum et dans le post-partum et les femmes référées avaient 6,26 fois plus de risque de présenter un utérus cicatriciel (OR [IC] = 6,26 [2,96 – 13,23]).

L'indication de la césarienne antérieure n'était pas connue chez 20% des parturientes, ceci pourrait s'expliquer par le manque d'information donnée aux patientes par les prestataires mais également par le fait que les parturientes ne

conservent presque jamais les fiches médicales de sortie sur lesquelles sont notifiées les indications de césarienne.

4.4. Données cliniques

Le travail d'accouchement était le principal motif d'admission (47,6% Vs 59,0%) dans notre étude avec 23,8% d'HTA associées. Les conseils sur la contraception permettent l'espacement des naissances surtout en cas d'accouchement par césarienne. Dans notre série les femmes présentant une dystocie d'expulsion comme motif d'admission présentaient 4,06 fois plus de risque de présenter un utérus cicatriciel (OR [IC] = 4,06 [0,36 - 45,28]).

L'âge gestationnel à l'admission n'était connu chez 9,5% des cas contre 12,8% des témoins, cela pourrait s'expliquer par le manque de suivi prénatal et de l'échographie obstétricale.

Une tentative d'accouchement par voie basse sur utérus uni-cicatriciel a été proposée dans 33,33% des cas ; taux inférieur à ceux de Keita MN [17] et Traoré D [18] qui ont rapporté respectivement 51% et 80%.

Notre taux est similaire à celui de Mahamadou F [28] qui a trouvé une fréquence de 32,2% d'épreuve utérine.

La différence entre les critères d'échantillonnage lors de la sélection des patientes pourrait expliquer cette disparité entre les résultats.

L'épreuve utérine a abouti à un accouchement par voie basse dans 54,3% des cas et 82,6% chez les témoins avec 5,22 fois plus de risque pour la voie haute chez les femmes présentant un utérus cicatriciel (OR [IC] = 5,22 [3,03 – 9,13]) par contre Mahamadou F [28] et Traoré D [18] avait trouvé un taux de réussite de 68,7% et 80,9%.

Ces résultats montrent que l'épreuve utérine peut être pratiquée aussi dans les maternités ne disposant pas de moyen de surveillance électronique comme la cardiotocographie. Cette surveillance électronique apporte certes une sécurité

supplémentaire dans la gestion du travail ; elle permet de diagnostiquer précocement une souffrance fœtale ou des anomalies contractiles pouvant favoriser une rupture utérine.

Nous avons procédé à 2 extractions instrumentales par ventouse dont une pour les cas et l'autre pour les témoins.

La tentative d'accouchement par voie basse sur un utérus cicatriciel peut se solder par un échec pour diverses raisons. Nous avons procédé à une césarienne d'urgence dans 45,7% chez les cas.

L'anesthésie générale était nécessaire lors de situations d'urgence extrême, lorsqu'il existe des contre-indications à l'anesthésie loco-régionale ou lorsque cette dernière n'est pas assez efficace.

Les principales indications ont été surtout la pré-éclampsie/HTA (27,08%), l'hématome rétro-placentaire (15,58%), la souffrance fœtale aiguë (16,67%) et la dilatation stationnaire (12,50%), et le syndrome de pré-rupture utérine dans 10,41% chez les cas. La dilatation stationnaire et le syndrome de pré-rupture utérine ont été les indications les plus probables à retrouver chez les femmes avec des antécédents de césarienne avec des nombres de risque respectives de 4 (OR [IC] = 4,00 [0,45 – 35,05]) et 3,26 (OR [IC] = 3,26 [0,36 – 29,36]) fois.

Notre proportion de césarienne d'urgence est supérieure à la plupart des données de la littérature comme celles rapportées par Traoré D [18] 19,1% ; Koné A [29] 34,30% et de Dembélé A [30] 39%.

Dans notre service, il n'est pas permis de faire une perfusion d'ocytocine sur utérus cicatriciel pour diriger le travail en cas de dystocie dynamique ce qui pourrait expliquer le taux de césarienne pour dystocie dynamique.

De nombreuses études ont montré que l'antécédent d'accouchement par voie basse est un facteur favorisant pour la réussite de l'épreuve utérine ; Dinsmoor

MJ [31] montre que l'absence d'antécédent d'accouchement par voie basse réduit considérablement la réussite de l'épreuve utérine.

Vercoustre L [32] 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.

La rupture utérine est le risque majeur de la grossesse et de l'accouchement sur utérus cicatriciel et c'est surtout la crainte de sa survenue qui fait récuser la tentative d'accouchement par voie basse.

4.5. Pronostic

4.5.1. Pronostic maternel

La grossesse et l'accouchement des patientes porteuses d'un utérus cicatriciel, grand pourvoyeur des ruptures utérines, sont donc considérés à haut risque, surtout dans les pays en développement, où la surveillance du travail d'accouchement est un problème crucial dans nos maternités, les indications des précédentes césariennes, le type d'incision utérine, les suites post opératoires sont le plus souvent inconnus [25].

Dans notre étude nous avons retrouvé 4,2% de rupture utérine chez les cas.

Cet incident est rare dans les pays développés avec des taux souvent inférieurs à 1%. Ainsi Mellier G [33] en France, Nielen TF [34] en Suède et Chazote C [35] aux USA ont trouvé respectivement 0,8% ; 0,5% et 0,1% de rupture utérine sur utérus cicatriciel.

Dans les pays développés la mortalité est surtout due à l'hémorragie du post partum immédiat tandis que dans le tiers monde elle incombe à la rupture utérine [26].

Parmi les complications per-partum dans notre étude, l'anémie a été la plus retrouvée soit 81,8% des complications pour les cas avec très peu de risque de se manifester chez les femmes ayant un antécédent de césarienne (OR [IC] = 0,13

[0,01 – 1,53]). Dans le post-partum immédiat l'anémie était également la principale complication retrouvée.

Nous avons enregistré 1,59% de décès maternels parmi les cas (2 cas) soit un cas par choc hémorragique et un cas par éclampsie. Nous n'avons pas trouvé de différence significative $p = 1,000$. Ouattara A [36] et Hamet A [25] avaient rapporté respectivement 3 et 2 cas de décès maternels

4.5.2. Pronostic fœtal et néonatal

Nous avons enregistré 8,6% de mort-nés chez les cas et 10,9% chez les témoins. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes ($P = 0,44$) avec moins de risque pour ces mort-nés d'être issu de mère avec un utérus cicatriciel (OR [IC] = 0,76 [0,33 – 1,71]). La cicatrice utérine n'est pas directement corrélée à la mortinaissance dans notre étude. Les principales causes de mortinaissance ont été l'HRP et la pré-éclampsie avec respectivement 65% et 21,87%.

Diarra IT [37] et Sow OK [22] ont rapporté respectivement dans leurs études 4,5% et 15,5% versus 4,2% et 12,1% pour les cas et pour les témoins avec Odd Ratio : 0,92.

Ces différences de taux pourraient s'expliquer par le cadre d'étude et les critères d'inclusion. Notre étude étant réalisée dans un CHU contrairement à leurs études.

Le poids à la naissance était en moyenne de 2 725,10 g pour les cas avec des extrêmes de 990g et 3845 g et une moyenne de 2 608,68 g pour les témoins avec des extrêmes de 690 et 4 182 g. Nous n'avons pas trouvé une différence significative $p = 0,782$: l'utérus cicatriciel n'avait pas d'incidence sur le poids du nouveau-né (≤ 2500 : OR [IC] = 1,08 [0,63 – 1,85] et [2500 - 4000] : OR [IC] = 0,92 [0,54 – 1,58]).

Bujold et al [38] ont démontré qu'un âge maternel supérieur ou égal à 35 ans serait lié à un risque plus élevé d'échec de l'épreuve utérine. Dans notre étude le taux de césarienne était de 6,25% chez les patientes de 35 ans et plus.

Parmi les patientes admises en dehors du travail d'accouchement 52,08% ont subi la césarienne pour les cas contre 65,52% pour les témoins. Nous n'avons pas trouvé une différence significative $p = 0,782$.

Les BDCF étaient absents chez 12 patientes soit 11,4% des cas et 31 patientes soit 14,8% chez les témoins.

Chez Traoré D [18] et Koné A [39] les BDCF étaient absents dans 1,2% et 2,90% des cas.

Cette différence peut s'expliquer par le fait que leur étude a été traitée dans un CS Réf et la nôtre au CHU.

Chez 11 patientes, on n'avait pas les BCF mais les nouveaux nés étaient vivants à la naissance.

Ce constat s'explique par le fait que dans l'HRP, les BCF sont pas toujours perçus due à l'hypertonie et l'insuffisance de la clinique souvent dans l'appréciation du bruit du cœur fœtal. Parmi les 40 nouveau-né référencé 5 sont décédés en néonatalogie, tous dans un contexte de prématurité et 35 ont évolué favorablement

Prématurité et la souffrance néonatale était la principale cause de référence des nouveaux né avec 47,2 % et 35,3% chez les cas ; 52,2% et 21,7% chez les témoins.

Traoré D [18] enregistré 4 cas de décès périnataux pour poly-malformation 25%, paludisme sur grossesse et grande prématurité 25%.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

L'accouchement par voie basse est possible chez les gestantes ayant un antécédent de césarienne au premier accouchement s'il n'existe pas de causes permanentes de césariennes. Les échecs de la tentative d'accouchement par voie basse sont surtout en rapport avec les anomalies des contractions utérines et du rythme cardiaque fœtal. La pré éclampsie et ses complications augmentent significativement le taux d'extraction par césarienne. La connaissance sur l'état de la cicatrice utérine est un élément primordial dans la décision de tentative d'accouchement par voie basse.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous formulons des recommandations suivantes :

1. Aux autorités politiques et sanitaires

- Intensifier la promotion des activités de planification familiale.
- Renforcer le système de référence – évacuation par un appui en logistique, ressources humaines et financières.

2. Au personnel sanitaire

- Remplir correctement les dossiers obstétricaux et les registres de compte-rendu opératoires ;
- Donner aux patientes les compte-rendus opératoires ainsi que les détails des suites opératoires ;

3. Aux femmes porteuses d'utérus cicatriciel et à la population

- Suivre régulièrement les CPN et les conseils des agents de santé ;
- Apporter tous les documents de l'intervention précédente pouvant aider à la prise en charge ;
- Eviter les retards dans le recours aux soins.

ANNEXES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Merger R, Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. Retirage de la 6ème édition. Paris : Masson 2001 ,597p.
2. Broche DE, Courtois L, Maillet R, Reithmuller D. Césarienne. Encycl.Méd.Chir., Paris, Elsevier Masson; 2008 , 16p.
3. Papiernick E, Cabrol D, Pons JC. Obstétrique (Médecine- Sciences) Flammarion, 78 : 985-1004 et 92 : 1191- 1204.
4. Deneux-Tharoux C. Inégalités de prise en charge des patientes avec utérus uni cicatriciel en France. J Gynecol Obstet Biol Reprod (2016) ; 45 ; 995-996 .
5. Boffendakini JR, Rahma RT, Lokomba BV. Accouchement sur utérus cicatriciel aux Cliniques de Kinshasa. Annales Africaines de Médecine. 2013 ; 6(3) : 1430-1437 .
6. Bengaly M. Etude de l'accouchement sur utérus cicatriciel dans le service de gynéco obstétrique du Csref de Kati, à propos de 176 cas en 2014. Thèse méd.Bamako (Mali) ;2014 ;125p.
7. Abbassi H, Aboufalah A, Karroumi M-EL et al. Accouchement des utérus cicatriciels: peut-on élargir l'épreuve utérine? J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998; 27 : 425-429 .
8. CNGOF . Recommandation pour la pratique clinique : accouchement en cas d utérus cicatriciel 2012 ;591 :607-619 .
9. Traore Y., Teguate I., Dicko F.T., Diallo A., Djire M.Y., Sissoko A., Traore B . et all Accouchement dans un contexte d'utérus cicatriciel au CHU Gabriel Touré de janvier 2007 à décembre 2008 : modalités et complications Med Afr Noire; 2012, 59 (11) : 511-516.
10. Clement M.Indication de césarienne dans les grossesses uniques dans deux pays danois avec un taux de césarienne différent. Acta obstetric and gynaecologicalScandinavia 1994; 73(2) : 129-135.
11. Merger R.Levy J. Melchior J. Précis d'obstétrique, 5eme édition revue et augmentée, éditions Masson Paris .Milan. Barcelone.Mexico 1989 : 624p.
12. Kamina P . Dictionnaire d'anatomie : atlas / Pierre Kamina .Paris : Maloine S.A 1983 ; Anatomie Gynéco-Obstétrique, Pierre Kamina .Paris : Maloine ; 1984 SIMEP 1996.

13. Revue de la littérature adaptée de Perroyin F , Marret H, Fignon A, Body G, Lansac J. Utérus cicatriciel : la révision utérine systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement par voie vaginale est-elle toujours utile ? J. Gynécol Obstét Biol Réprod; 1999 : 224p.
14. Langer B Schlader G Journal de Gynécologie – Obstétrique et biologie de la reproduction 1998 ; 27 (1) : 62 – 70 IS : 0368 – 2315 PY : 1998.
15. Merger R, Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique, 6ème édition, Paris :Masson, , 1995 , 597p.
16. Lansac J, Berger C, Magnin G. Obstétrique pour le praticien. 4ème édition 1994 SIMEP 12 RUE de l'éperon 75008 Paris : 544p.
17. Keita MN. Accouchements sur utérus cicatriciels : pronostic fœto-maternel à propos de 100 cas au centre de sante de référence de la commune IV du District de Bamako. Thèse De Médecine. Bamako Mali ; 2021 ,101p.
18. Traoré D. L'Epreuve Utérine au Centre de Santé de Référence de Kalaban-Coro. Thèse de Médecine. Bamako Mali ; 2021, 123p.
19. Valère MK, Henri E, Julius DS, Pascal F, Bénédicte ME. Accouchement sur utérus cicatriciel dans les pays à faibles ressources : Circuit de prise en charge et devenir materno-fœtal (2014) ; Pan Africain Medical journal.2018 ; 30 :255.
20. Chibani M, Basly M, Messaoudi L et al : Epreuve utérine et étude analytique de 111 observations. J. Obstét. Gynecol., 1996, 4 (6) : 375-377.
21. Anderson GM. Determinants of the increasing cesarean birth rate. N Engel. J. Med. 1994, 311 : 887-92.
22. Sow OK. Epreuve utérine à l'Hôpital Somine DOLO de Mopti (étude cas - témoin). Thèse méd. Bamako Mali ; 2010 ,94p.
23. Fomba MI. Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de Dioïla. These de medecine . Faculté de Médecine et d'odontostomatologie . Bamako (Mali) ;2018,129p.
24. Bah A. Grossesse et accouchement sur utérus cicatriciel à propos d'une étude cas – Témoins. Thèse méd. Bamako Mali , 2003, 72p.
25. Hamet AT, Gallais A , Garba M. L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger : à propos de 590 cas. Med. d'Afr. noire ; 2001, tome 48 (2) : 66p.
26. Niambélé A. Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.Thèse méd, Bamako Mali ;2010 ,111p.

27. Diarra AK. L'épreuve utérine au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse Med. Bamako (Mali), 2012 ,111p.
28. Mahamadou FC. Etude de l'accouchement sur utérus cicatriciel dans le service de gynécologie obstétrique du C.H.U POINT-G à propos de 251 cas, thèse de Méd. Bamako Mali ; 2009,120p.
29. Koné A. Epreuve utérine dans le centre de santé de référence de Kati. Thèse de médecine. Faculté de Médecine et d'odontostomatologie. Bamako (Mali) ;2019, 111p.
30. Dembélé A. Outcome of cesarean deliveries on cicatricial utérus in university hospital in Burkina Faso. Pan AfrMed. J 2012. Revue J,12,95-20.
31. Dinsmoor MJ, Broke EL et al Predicting failed trial of labor after primary caesarean section. Obstet. Gynecol. 2004, 103 : 282-6.
32. 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.
33. Mellier G, Forest AM, Kacem R, Mermet J. L'utérus cicatriciel : conduite à tenir. Rev Fr Gynécol Obstét, 1986, 81: 223-228.
34. Nielsen TF. Try and trial of labor after previous cesarean section. Acta obstet Gynecol Scand 1985, 64 : 485-90.
35. Chazote C, Maddens R, Cohen W. Labord Patterns in women with previous cesareans. Obstet Gynecol 1990.74:694-7.
36. Ouattara A. Accouchement sur utérus cicatriciel au csref de la commune V. Thèse méd. Bamako (Mali);2004,100p.
37. Diarra IT. Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de Koutiala étude cas-témoins. Thèse de Médecine. Faculté de Médecine et d'odontostomatologie ; Bamako (Mali), 2022 . 90p.
38. Bujold E, Hammoud AO, Hendler I, Berman S, Blackwell SC, Duperron L, Gauthier RJ. Trial of labor in patients with a previous cesarean section: does maternal age influence the outcome? Am J Obstet Gynecol. 2004 Apr;190(4):1113-8. doi: 10.1016/j.ajog.2003.09.055. PMID: 15118651.
39. Koné A . Epreuve utérine dans le centre de santé de référence de Kati. Thèse de médecine. Faculté de Médecine et d'odontostomatologie .Bamako (Mali) ;2019,111p.

ANNEXES

Fiche d'enquête

N° /..

Q 0 Etude :; 1=Cas 2=Témoins I

**Identification :

Q1- Age :// ans

Q2- Niveau d'instruction :...../...../.

1= Aucune ; 2= Primaire ; 3= Secondaire ; 4= Supérieur

II Antécédents de la femme :

**Antécédents obstétricaux :

Q3-Gestité/...../...../

Q4-Parité...../...../

Q5-Nombre d'enfants vivants/...../

Q6-Nombre d'enfants décédés/...../

Q7-Nombre de morts nés/...../

Q8-Intervalle inter génésique...../...../

1 = Moins de 2 ans ; 2 = 2 ans ; 3 = Plus de 2 ans

Q9 a- Déroulement du dernier accouchement...../...../

1 = Eutocique ; 2 = Dystocique

Q9 b- Si dystocique préciser.....

Q10-a-Indication de la césarienne antérieure...../...../.

Q11 a-Suites opératoires...../...../

1=simples ; 2=compliquées

Q11 b-Si compliquées préciser l'indication...../...../

III Données cliniques

Q12 Mode d'admission...../...../

1=Venue d'elle-même ; 2=Référée ;3=Evacuée

Q13 - a-Provenance/...../

1 = CSCOM ; 2 = CSREF ; 3 = Hôpital ; 4 = clinique ou cabinet privée ; 5= autres

Q14-b- Si autre à préciser...../...../

Q15- Motif de référence...../...../.

IV Examen clinique à l'admission :

Q16 -Consultation prénatale/...../

1 = Oui ; 2= Non

Q17 -Nombre de consultation prénatale...../...../

Q18 -a-lieu de CPN...../...../

1=CSC om ; 2=CS Réf ; 3=CHU ;4=Autre

Q18-b- Si autre à préciser.....

Q19 -a-Qualification agent CPN...../...../

1=Médecin Gynécologue ; 2= Medecin Généraliste ; 3=Sage-femme ; 4 = infirmière obstétricienne ; 5 =Autre

Q20-b-Si autre à préciser

- Q21 -Hauteur utérine...../...../
- Q22- Terme de la grossesse...../...../
- Q23- Fréquence des BDCF... .. /...../
- Q24–Nombre de Contractions utérine en 10 min...../...../
- Q25 -Poche des eaux/...../
- 1 = Intacte ; 2 = Rompue ;
- Q26-a-Notion de RPM...../...../
- 1= Oui ; 2 = Non
- Q27-b-Si oui préciser...../...../
- Q28-a -Aspect du liquide amniotique/...../
- 1 = Clair ; 2 = Teinté méconial ; 3 = Sanglant ; 4 =Autre
- Q28-b- si autre à préciser.....
- Q29 -Type de présentation/...../
- 1= Céphalique ; 2 = Siège ; 3 = Transversale ; 4=oblique
- Q30–Phase du travail à l’admission...../...../
- 1 = Phase de latence ; 2 = Phase active ; 3= Période d’expulsion
- Q31 – Type de Bassin/...../
- 1 = Normal ; 2 = limite ; 3=Asymétrique ; 4 = BGR
- Q32-Durée du travail d’accouchement...../...../
- V -Déroulement de l’accouchement.
- Q33-Voie d’accouchement/...../
- 1 = Basse ; 2 = Césarienne
- Q34 a- si voie basse Mode d’expulsion/...../
- 1 = O.P ; 2 = O.S ;
- Q35- a- Extraction instrumentale.....
- 1 = Oui ; 2 = Non ;
- Q35-b - Si oui préciser l’indication...../...../
- Q35-c– Si oui préciser l’instrument...../...../
- 1 =Ventouse ; 2= Forceps
- **Césarienne :
- Q36-Type de césarienne...../...../
- 1=D’urgence ; 2=prophylactique
- Q37 -Préciser l’indication de la césarienne.... .. /...../
- Q 38Préciser l’indication de l’ancienne césarienne.....
- Q39-Préciser état de l’utérus a la laparotomie...../...../
- 1 = Adhérence ; 2= sans Adhérence
- VI. La délivrance :
- Q40-a-type de délivrance/...../
- 1 = Naturelle ; 2 = active ; 3 = Artificielle ;
- Q41-Etat de l’utérus après délivrance...../...../
- 1 = Globe de sécurité bien formé ; 2 = Utérus mou
- Q42 – Hémorragie de la délivrance
- 1 =Oui ; 2= non
- Si hémorragie de la délivrance, préciser l’étiologie.....

- Q43 -Révision utérine après voie basse... ..//.....//
1 = Oui ; 2 = Non
- Q44 -Résultat de la révision utérine.... ..//.....//
1 = Utérus intact ; 2 = rupture utérine
- VII Etat de la mère après l'accouchement :
- Q45 a-Vivante..... ..//.....//
1=Oui ; 2 = Non
- Q45-b-Si oui préciser son état général.....//.....//
- Q46-a-Décédé//.....//
1 =Oui ; 2 = Non
- Q46-b-Si oui préciser la cause du décès.....//
- Q47- a-Complication
1= Oui ; 2=Non
- Q47- b-Complication perpartum.....
- Q47- c-Complication post partum.....
- VIII Etat du nouveau-né
- Q48 –a-Vivant.... ..//.....//
1 = Oui ; 2 = Non
- Q 48-b-Si non préciser la cause.....//
- Q49-Poids.....//.....//
1 = Inférieur à 2500g ; 2 = Entre 2500 et 4000g ; 3 = Plus de 4000g
- Q50Taille//.....//
1 = Moins de 47cm ; 2 = Supérieure ou égal à 47cm
- Q51- Apgar//.....//
1 = Inférieur à 7 à la 1ère mn ; 2 = Entre 7 et 10 à la 1ère mn
- Q-52-Etat général du nouveau-né//.....//
1 = Bon ; 2 = Passable ; 3 = Détresse respiratoire ; 4= Référé
- Q-53- Motif si nouveau née référé.....
- Q-54- Pression artérielle systolique.....
- Q -55-Pression artérielle diastolique.....
- Q-56- Protéinurie
- Q -57-oedemes
- Q-58Anémie

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DIARRA

Prénom : Maimouna

Titre de la thèse : Pronostic du 2^{ème} accouchement après césarienne au CHU Gabriel Touré. Etude cas-témoins à propos de 105 cas

Année universitaire : 2022-2023

Ville de thèse : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie(FMOS)

Secteur d'intérêt : gynéco-obstétrique

Résumé :

Il s'agissait d'une étude Cas /Témoin et analytique, comparant les patientes qui sont à leur 2^{ème} accouchement avec un antécédent de césarienne à celles qui accouchent dans les mêmes conditions mais avec un utérus sain allant du 1^{er} janvier 2019 au 31 Décembre 2022.

L'objectif était d'étudier le pronostic materno-fœtal de l'accouchement consécutif à la césarienne dans le département de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré

Durant notre période d'étude, nous avons enregistré 12921 accouchements dans le service parmi lesquels nous avons colligé **105** cas de 2^{ème} accouchement consécutif par une césarienne soit une fréquence de **0,82%**

Parmi les 105 femmes portant un utérus uni cicatriciel, 57 (54,3%) ont accouché par voie basse contre 48 (45,7%) par voie haute.

Nous avons procédé à 2 extractions instrumentales par ventouse dont une pour les cas et l'autre pour les témoins.

Les principales causes d'indication de la césarienne chez les cas ont été surtout la pré-éclampsie/HTA (27,08%), l'hématome rétro-placentaire (14,58%), la souffrance fœtale aigue (16,67%) et la dilatation stationnaire (12,50%), et le syndrome de pré-rupture utérine dans 10,41%.

La grossesse était non suivie chez 2,8%(3) pour les cas et 5,2%(11) pour les témoins

L'âge moyen des patientes était de 24,49 ans pour les cas et 24,40 ans pour les témoins. Nous avons retrouvé 4,2% de rupture utérine chez les cas.

L'anémie a été la plus retrouvée soit 81,8% comme complications per-partum chez les cas.

Deux cas de décès maternel chez les cas (choc Hémorragique et éclampsie) et 3 cas (Insuffisance rénale 2 et choc Hémorragique 1) chez les témoins ont été enregistré.

Le poids moyen des nouveaux nés à la naissance était 2725,10g +/-753g chez les Cas et 2608,68g +/- 799 g chez les témoins.

Cependant il y'avait 8,6% de mort-nés chez les cas et 10,9% chez les témoins dont les principales causes ont été l'HRP et la pré-éclampsie.

Le score d'APGAR à la première minute était compris entre 7-10 chez 89,4% des nouveaux nés par voie haute contre 85,4% des nouveaux nés par voie basse.

A la cinquième minute, le score d'APGAR était compris entre 7-10 chez 89,4% des nouveaux nés par voie haute contre 87,5% des nouveaux nés par voie basse.

Mots clés : utérus cicatriciel, accouchement après césarienne, épreuve utérine, CHU Gabriel Touré

SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant
l'effigie d'Hippocrate,*

*Je promets et 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 je n'exigerai jamais un salaire au-
dessus de mon travail,*

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

*Admise 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 à favoriser les crimes.*

*Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de parti ou de
classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la
menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales
contre les lois de l'humanité.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je donnerai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leur père.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !