

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
REPUBLICQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°

THEME

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

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 05/01/2024 devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : **M. Koni Baya**

**Pour obtenir le grade de Doctorat en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président : M. Cheick Bougadari TRAORE, Professeur

Membre : M. Bakarou KAMATE, Professeur

Co-directeur : M. Mamadou KEITA, Médecin

Directeur : M. Mamadou SIMA, Maitre de conférences

DEDICACES

Je dédie ce travail :

À Dieu le père tout puissant l'alpha et l'oméga, le miséricordieux pour m'avoir donné la force et le courage de réaliser ce modeste travail.

À Jésus christ son fils unique notre seigneur en qui nous avons porté notre confiance.

À mon pays le **MALI** :

Terre d'hospitalité, ensemble unis dans la foi nous ferons de toi et de l'Afrique comme le disait l'autre : « la plus belle, la plus enviée, une terre d'accueil, une terre de rencontre, une terre de fraternité... ». Merci pour tout ce que tu nous as donné. Que ce modeste travail soit une pierre que t'apporte un de tes fils pour l'avancement de la politique sanitaire ! Un grand hommage à nos victimes de guerre que Dieu les accueille dans son humble paradis.

À mon père **Feu Makourou BAYA**.

Jamais je ne saurais te rendre hommage à la hauteur des efforts consentis quelconque manière nos études. Ta modestie, ta générosité, ton amour, et ton honnêteté ont fait de toi un père exemplaire et inoubliable. Que Dieu le tout puissant t'accorde un repos éternel dans son paradis. Amen !

À ma chère maman **Hawa BAYA**.

Merci pour tous les plaisirs, la tendresse, la compréhension, le sourire et l'amour que tu nous as toujours donnés. Pardon pour les soucis, les angoisses et la fatigue que nous t'avons causée. Chère maman, merci pour ton amour. Puisse Dieu t'accorder longue vie pour profiter bien des fruits de ce travail qui est sans doute le tien.

À mon grand frère **David BAYA**.

Les mots me manquent pour t'exprimer ma reconnaissance. Tu as toujours été pour moi comme un père, tu as tout donné, tout abandonné pour que nous réussissions. Je ne saurai comment te rendre tous ce que tu m'as offerts. Merci pour ton sacrifice. Reçois à travers ce travail qui n'est autre que le tien ma profonde gratitude. Je t'aime.

REMERCIEMENTS

À mes frères et sœurs : **Dohan, Suzanne, Jeanne-D'arc, Behan, Bèzoun, Dabé, Niansian, Emmanuel**. Merci à vous, vous avez toujours su me reconforter chaque fois que j'en avais besoin. Votre soutien moral et financier indéfectible m'a permis de réaliser ce travail. Que le tout puissant nous accorde sa bénédiction pour la pérennité de l'entente, de la solidarité, de l'entraide et de l'amour dans la famille.

À Mr Amadou FOFANA et toute la Famille FOFANA.

Vous m'avez accueilli chez vous et m'avez toujours traité comme un petit frère durant tout mon séjour. Votre soutien ne m'a jamais fait défaut. Puisse Dieu tout puissant vous bénir abondamment. Merci infiniment pour tout.

À mes oncles et tantes, je m'abstiens de nominaliser de peur d'omettre un. Vous m'avez toujours encouragé et béni, grâce à vous ce travail a été réalisé. Rassurez-vous de mes reconnaissances les plus distinguées.

À ma femme **Bawa BAYA**, tu m'as apporté ton soutien indéfectible pour la réalisation de ce travail, puisse Dieu fortifier notre amour à jamais et qu'il te bénisse.

À mes amis :**Raphael SANOU, Moussa BENGALY, Souleymane MILOGO, Drissa sery KAMATE, Modibo COULIBALY**, ce travail est le vôtre, vous ne m'avez jamais manqué d'aide dans les moments pénibles ni dans les moments de joie, merci à vous.

À mes grands frères de la faculté, **Dr Joseph Taré DIARRA, Dr Koussé DIARRA**, merci pour vos encouragements, votre soutien moral et financier indéfectibles, recevez à travers ce travail ma profonde gratitude.

À mes jeunes frères de la faculté, **Severin DAKOUO, Diby benjamin Diarra, Koussé DENA** merci pour votre soutien.

À **KAMATE Sizo** et sa Famille, merci pour vos conseils, encouragement, aides financières, puisse Dieu vous accorder longue vie de bonheur et santé.

Dr KANE Youssouf et tout le personnel de la clinique médicale **Bakororba KANE**, merci.

À mes chers (es) aînés (es), vous nous avez guidé les pas avec vos conseils, soutiens et bonnes manières, rassurez-vous de ma reconnaissance éternelle.

Au **Pr SAMAKE Alou**, **Dr DIASSANA Mama, Dr HAIDARA Dramane, Dr DIASSANA Boubacar, Dr KEITA Issa, Dr TOGO Breima, Dr DIAKITE Oumar dit Noumory, Dr CAMARA Seydou, Dr GAMBY Malado**, la qualité de votre encadrement, de vos conseils, a fait de moi celui que je suis aujourd'hui, je n'ai été pour vous seulement un élève, mais aussi un fils ; un frère, que le tout puissant vous offre plus d'opportunité avec plein de succès et qu'il vous accorde une longue vie dans la santé et dans le bonheur, soyez rassurés de ma gratitude.

Dr KEITA Mamadou, vous nous avez suivis tout au long de ce travail avec rigueur et sérieux. Votre amour du travail bien fait, vos multiples qualités m'ont personnellement séduit et m'ont donné l'amour de la Gynécologie-Obstétrique. Recevez ma profonde gratitude pour l'enseignement et la formation dont nous avons bénéficié.

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

À toutes les **messagères, infirmières et infirmiers, matrones, anesthésistes, manœuvres** du CSRéf trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

À mes collègues internes du CSRéf, pour l'esprit du groupe, la solidarité, la fraternité, et le partage, trouvez ici l'expression de ma profonde sympathie.

À tout le personnel du CSRéf de la commune VI, merci.

HOMMAGES
AUX
MEMEBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (F.M.O.S),
- Chef de Département d'Enseignement et de Recherche (DER) des Sciences fondamentales à la F.M.O.S,
- Chercheur et praticien hospitalier au CHU du point G,
- Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du Point G,
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers au Mali,
- Président de la société malienne de pathologiste (SMP).

Cher Maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respectez et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Qu'ALLAH vous donne longue vie. Amen !

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Professeur Bakarou KAMATE

- Professeur Titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologie à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)
- Chercheur et Praticien hospitalier au CHU Point G
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers du Mali
- Secrétaire général de la Division d'Afrique Francophone de l'Académie Internationale de Pathologie (DAF/AIP)
- Secrétaire général du Collège Ouest Afrique des Médecins (COAM)
- Secrétaire général de la Société Malienne de Pathologie (SMP)

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.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Mamadou KEITA

- Gynécologue Obstétricien au CSRéf de la commune VI
- Praticien hospitalier au CSRéf de la commune VI
- Président de l'ordre communal des médecins de la commune VI ;
- Médecin chef adjoint au CSRéf de la commune CVI

Cher Maître

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre professionnalisme dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire. Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves. Cher maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Mamadou SIMA

- Maître de conférences en gynécologie et obstétrique à la FMOS,
- Gynécologue –Obstétricien au CHU du point G,
- Praticien hospitalier au CHU du point G.

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce modeste travail.

Votre simplicité, votre esprit d'ouverture, votre souci de transmettre vos immenses connaissances ont fait de vous un exemple à suivre. Vos qualités humaines et pédagogiques, votre éloquence vous offrent le rang de personnalité respectable et admirée. Nous pouvons nous glorifier d'avoir été un de vos nombreux élèves. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et de notre profond respect.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

Sigles et abréviations

ATCD :Antécédent

AVB :Accouchement par voie basse

BDCF :Bruit du cœurfœtal

BGR :Bassin généralement rétréci

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

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

Cm :Centimètre

CPN :Consultation prénatale

CSCom :Centre de santé communautaire

CSRéf :Centre de santé de référence

CUD :Contraction utérine douloureuse

DCD :Décédé

ddl :Degré de liberté

DDR :Date des dernières règles

DFP :Disproportion fœto-pelvienne

EDSM :Enquête Démographique et de Santé au Mali

Fig :Figure

g :Gramme

GEU : Grossesse extra-utérine

HPP :Hémorragie du post-partum

HPPI : Hémorragie du post-partum immédiat

HRP :Hématome rétro placentaire

HTA :Hypertension artérielle

HU :Hauteur utérine

IIG :Intervalle inter gésique

IMG :interruption médicale de la grossesse

INPS : Institut national de prévoyance sociale

IVG :interruption volontaire de la grossesse

J1 :Jumeau un

Khi2 :Khi carré

Km : Kilomètre

LRT :Ligature résection des trompes

MAF :Mouvement actif fœtal

MFIU : mort fœtale in-utéro

MIN :Minute

N-né :Nouveau-né

ODD :Objectif de développement durable

OMS :Organisation mondiale de la santé

P :probabilité

PDE :Poche des eaux

PF :Planification familiale

P.P :placenta prævia

PTME : Prévention de la transmission Mère-Enfant

RAM : Rupture artificielle des membranes

RCF :Rythme cardiaque fœtal

RPM :Rupture prématuré des membranes

RSM : Rupture spontanée des membranes

SAA :Soins après avortement

SA :Semaine d'aménorrhée

SAGO : Société africaine de gynécologie-obstétrique

SFA :Souffrance fœtale aigue

SPSS :Statistical package for the social science

UC : Utérus cicatriciel

USTT-B: Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako

VIH : virus immunodéficience humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau I: Dimensions de l'utérus gravide par rapport à l'âge de la grossesse	5
Tableau II: Les CSCOM et leurs distances par rapport au CSRéf	27
Tableau III: Répartition des gestantes selon les tranches d'âge.....	33
Tableau IV : Répartition des gestantes selon leur ethnie	33
Tableau V : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial	34
Tableau VI: Répartition des gestantes selon leur niveau d'instruction	34
Tableau VII: Répartition des gestantes selon la gestité.....	34
Tableau VIII: Répartition des gestantes selon la parité.....	35
Tableau IX: Répartition des gestantes selon l'intervalle inter-génésique (II G) en année.....	35
Tableau X: Répartition des gestantes selon les antécédents médicaux	35
Tableau XI: Répartition des gestantes selon les antécédents chirurgicaux	36
Tableau XII: Répartition des gestantes selon le nombre de cicatrice	36
Tableau XIII: Répartition des gestantes selon l'indication de la césarienne antérieure.....	37
Tableau XIV: Répartition des gestantes selon les suites opératoires	37
Tableau XV: Répartition des gestantes selon le mode d'admission	38
Tableau XVI: Répartition des gestantes selon la structure de référence/évacuation	38
Tableau XVII: Répartition des gestantes selon le motif de référence/évacuation	38
Tableau XVIII : Répartition des gestantes selon le support de référence/évacuation.....	39
Tableau XIX: Répartition des gestantes selon la qualité de l'agent évacuateur	39
Tableau XX: Répartition des gestantes selon la température à l'admission	39
Tableau XXI : Répartition des gestantes selon le terme de la grossesse à l'admission	39
Tableau XXII: Répartition des gestantes selon les BDCF à l'admission.....	40
Tableau XXIII: Répartition des gestantes selon le type de rupture de la PDE	40
Tableau XXIV: Répartition des gestantes selon l'aspect du liquide amniotique.....	41
Tableau XXV : Répartition des gestantes selon le type de présentation.....	41
Tableau XXVI :Répartition des gestantes selon la phase du travail d'accouchement à l'admission	41
Tableau XXVII: Répartition des gestantes selon le type de bassin.....	42
Tableau XXVIII: Répartitoïn des gestantes selon le nombre de CPN	42
Tableau XXIX: Répartition des gestantes selon le lieu de CPN	42
Tableau XXX: Répartition des gestantes selon la qualification de l'auteur des CPN	43
Tableau XXXI: Répartition des gestantes selon la voie d'accouchement à l'issue des CPN ..	43
Tableau XXXII: Répartition des gestantes selon la conduite obstétricale à l'admission	43

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

Tableau XXXIII: Répartition des gestantes selon la voie d'accouchement.....	44
Tableau XXXIV: Répartition des gestantes selon le résultat de l'épreuve utérine	44
Tableau XXXV: Répartition des gestantes selon l'indication de la césarienne.....	45
Tableau XXXVI: Répartition des césarisées selon l'état utérin à la laparotomie.....	46
Tableau XXXVII: Répartition des parturientes en fonction du taux d'extraction instrumentale	46
Tableau XXXVIII: Répartition des gestantes selon le type de délivrance.....	46
Tableau XXXIX: Répartition des accouchées par voie basse selon la réalisation de la révision utérine.....	47
Tableau XL: Répartition des gestantes selon le résultat de la révision utérine.....	47
Tableau XLI: Répartition des gestantes en fonction des complications du post partum	47
Tableau XLII: Répartition des gestantes en fonction de leur état après l'accouchement	48
Tableau XLIII: Répartition des N-nés en fonction de leur état à la naissance.....	48
Tableau XLIV: Répartition des gestantes selon la cause du décès des N-nés	48
Tableau XLV: Répartition des N-nés en fonction de leur poids de naissance.....	49
Tableau XLVI: Répartition des N-nés en fonction du score d'APGAR à la première minute	49
Tableau XLVII: Répartition des N-nés en fonction du score d'APGAR à la cinquième minute	49
Tableau XLVIII: Relation entre le score d'Apgar à la première minute et la voie d'accouchement.....	50
Tableau XLIX: Relation entre le score d'Apgar à la cinquième minute et la voie d'accouchement.....	50
Tableau L: Relation entre l'IIG et la voie d'accouchement	50
Tableau LI: Relation entre le mode d'admission et la voie d'accouchement	51
Tableau LII: Relation entre le nombre de CPN et la voie d'accouchement.....	51
Tableau LIII: Relation entre le lieu de CPN et la voie d'accouchement.....	52
Tableau LIV: Relation entre l'auteur des CPN et la voie d'accouchement	52

Liste des figures

Figure 1 :Les trois segments de l’utérus gravide :	4
Figure 2 :: Utérus gravide de 8 mois environ .Rapports antérieurs.....	7
Figure 3: : Structure du myomètre (De TOURRIS et KAMINA).....	9
Figure 4: : Segment inférieur (coupe sagittale).....	11
Figure 5: Hystérogaphie	25

TABLE DES MATIERES

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS :.....	3
1-Objectif général :.....	3
2-Objectifs spécifiques :.....	3
III : GENERALITES :.....	4
IV. MATERIEL ET MÉTHODES	27
V. RESULTATS	33
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	53
VII. CONCLUSION.....	60
VIII. RECOMMANDATIONS	61
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	62
X. ANNEXES	65

I. INTRODUCTION

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

La conduite à tenir devant un utérus cicatriciel est l'un des sujets les plus débattus en obstétrique moderne, du fait de la croissance considérable des taux d'accouchements par césarienne [1].

Les deux dernières décennies ont coïncidé avec une augmentation rapide du taux de césarienne dans la plupart des pays, y compris ceux en développement. Ainsi l'obstétricien est de plus en plus confronté aux problèmes de l'accouchement sur utérus cicatriciel [2]. La fréquence de l'accouchement sur utérus cicatriciel varie selon les études comme en Amérique : 9,4% aux USA (1999) et 7,1% au Canada (1992); en Europe: 6,6% en France (1994) et en Afrique du nord (1994) : 7,1% en Tunisie (1993) ; en Afrique sub-saharienne : 1,5% au Sénégal (1997) ; 1,8% en Tanzanie (1991) ; 2,4% au Congo (1999) ; 3,7% en Afrique du sud (1994) ; 8,87% en Guinée (2001) et 7,8% au Mali (2008) au CHU GT [44].

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

L'existence d'une cicatrice utérine a aussi un impact psychologique non négligeable chez ces femmes. Certaines croient ne plus pouvoir procréer parce qu'elles se sentent diminuées, handicapées. D'autres ont plutôt peur d'en avoir à nouveau, se souvenant « du terrible épisode ». Cette anxiété vécue pendant tout le temps de la grossesse ne s'estompera qu'après un accouchement sans complication, par voie basse ou haute. La femme aura alors confiance et assumera ses prochaines grossesses tout en suivant les conseils de l'obstétricien [42].

La grossesse et l'accouchement sur utérus cicatriciel, sont donc considérés à haut risque, surtout dans les pays en voie de développement où la tocographie, le monitoring fœtal et les radiopelvimétries font défaut, les indications de la cicatrice utérine, le type d'incision, les suites post opératoires sont le plus souvent inconnus [40].

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

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

L'accouchement sur utérus cicatriciel est une éventualité de plus en plus fréquente en raison de l'augmentation des taux de césarienne [35].

L'essai d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel a pris un essor important au début des années 1980. Ses indications se sont étendues en vue de réduire le taux de césariennes itératives. Toutes les études s'accordent actuellement pour reconnaître les bénéfices de l'épreuve d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel en termes de réduction de la mortalité, de la morbidité et d'économie de santé. Mais la nécessité d'une surveillance électronique, cardiotocographique au cours du travail a longtemps limité l'utilisation de l'épreuve utérine dans la pratique obstétricale africaine [2].

La césarienne est la cause la plus fréquente de cicatrice utérine [19].

Au centre de santé de référence de la commune VI, l'accouchement par voie naturelle chez les parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel est privilégié, et ceci après avoir éliminé toute cause permanente de césarienne (bassin rétréci) [19]. La césarienne est systématique après deux césariennes antérieures. Cependant, malgré tout l'intérêt accordé à la santé maternelle et périnatale au Mali, l'accouchement sur utérus cicatriciel n'a fait l'objet d'aucune étude au centre de santé de référence de la commune VI, c'est pourquoi nous avons initié ce travail avec les objectifs suivants :

II. OBJECTIFS :

1-Objectif général :

Etudier les accouchements sur utérus cicatriciels au Centre Santé de Référence de la Commune VI (CSRéf-CVI) du district de Bamako

2-Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de l'accouchement sur utérus cicatriciel,
- Déterminer les caractéristiques socio- démographiques des patientes ayant accouché dans un contexte d'utérus cicatriciel,
- Déterminer la fréquence des complications maternelles de l'accouchement sur utérus cicatriciel,
- Déterminer le pronostic des nouveau-nés issus de l'accouchement sur utérus cicatriciel.

III.GENERALITES :

A-Définition :

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

On parle d'un utérus :

- Uni cicatriciel : Lorsque l'utérus porte une seule cicatrice.
- Bi cicatriciel : Lorsque l'utérus porte deux cicatrices
- Tri cicatriciel : Lorsque l'utérus porte trois cicatrices [4].

B-Utérus gravide[5]

1) Anatomie

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

Anatomiquement, l'utérus gravide comprend trois parties :

- ✓ Le corps
- ✓ L'isthme qui devient le segment inférieur au 3eme trimestre de la grossesse
- ✓ Le col.

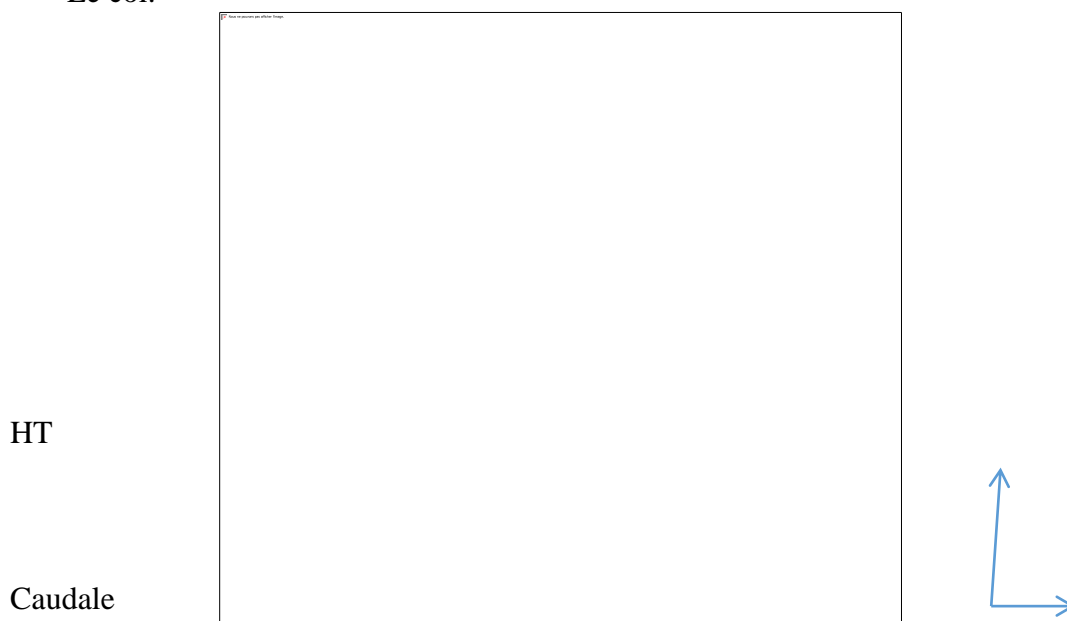


Figure 1: Les trois segments de l'utérus gravide :

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

1. corps 2. Segment inférieur 3.col 4. Rectum 5. Vessie

a) Le corps utérin :

➤ Anatomie macroscopique :

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

➤ Situation :

- Pendant les 2 premiers mois, l'utérus reste dans le petit bassin ; il est pelvien.
- A la fin du 2^{ème} mois, son fond déborde le bord supérieur du pubis.
- A la fin du 3^{ème} mois, il est abdominal et nettement palpable, mesurant 8 cm.
- A partir de ce stade, chaque mois, le fond utérin s'éloignera du pubis d'environ 4cm pour arriver à terme à environ 32cm. Il est alors abdominothoracique.

➤ Dimensions :

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

Tableau I: Dimensions de l'utérus grévise par rapport à l'âge de la grossesse

	Hauteur (Cm)	Largeur (Cm)
_ à la fin du 3 ^{ème} mois :	12	10
_ à la fin du 6 ^{ème} mois :	24	18
_ à terme :	32	22

➤ Direction :

Au début de la grossesse, l'utérus conserve ou même accentue son antéversion. Puis, il s'élève dans l'abdomen, derrière la paroi abdominale antérieure. Les utérus rétro versés se redresseront spontanément pendant le 2^{ème} ou 3^{ème} mois. A terme la direction de l'utérus dans le sens antéropostérieur, dépend de l'état de tonicité de la paroi abdominale. Quand la paroi est flasque, l'utérus est basculé en avant. Sur le plan frontal, le grand axe utérin s'incline en général du côté droit (76 %) et plus rarement à gauche.

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

➤ Poids :

L'utérus non grévise pèse environ 50g. A terme, son poids varie de 900 à 1200g. Le sang contenu dans l'utérus représente environ 10 % du poids total.

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

➤ Capacité :

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

➤ Epaisseur :

Au début, la paroi utérine s'hypertrophie. Son épaisseur passe d'1cm en dehors de la grossesse à près de 2,5cm à 3 mois. Elle atteint son développement maximum vers le 4ème mois et mesure 3 cm ; puis, elle s'amincit progressivement du fait de l'arrêt de l'augmentation de la masse musculaire, alors que la cavité continue à s'accroître. Vers le terme, la paroi est épaisse de 8 à 10 mm au niveau du fond, de 5 à 7 mm au niveau du corps. En post-partum, l'utérus se rétracte et son épaisseur atteint 2 à 3cm.

➤ Consistance :

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

➤ Rapports :

Au début de la grossesse, les rapports de l'utérus encore pelvien sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse. A terme, l'utérus est abdominal :

- En avant : sa face antérieure répond directement à la paroi abdominale sans interposition d'épiploon ou d'anses grêles chez la femme indemne d'opération abdominale. Dans sa partie inférieure, elle entre en rapport avec la vessie lorsque celle-ci est pleine.

- En arrière, l'utérus est en rapport avec :

- La colonne vertébrale flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte
- Les muscles psoas croisés par les uretères
- Une partie des anses grêles.

- En haut : le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut entrer en rapport avec les fausses côtes. A droite, il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire. Le fond répond à la 1ère ou à la 2ème vertèbre lombaire.

- Latéralement :

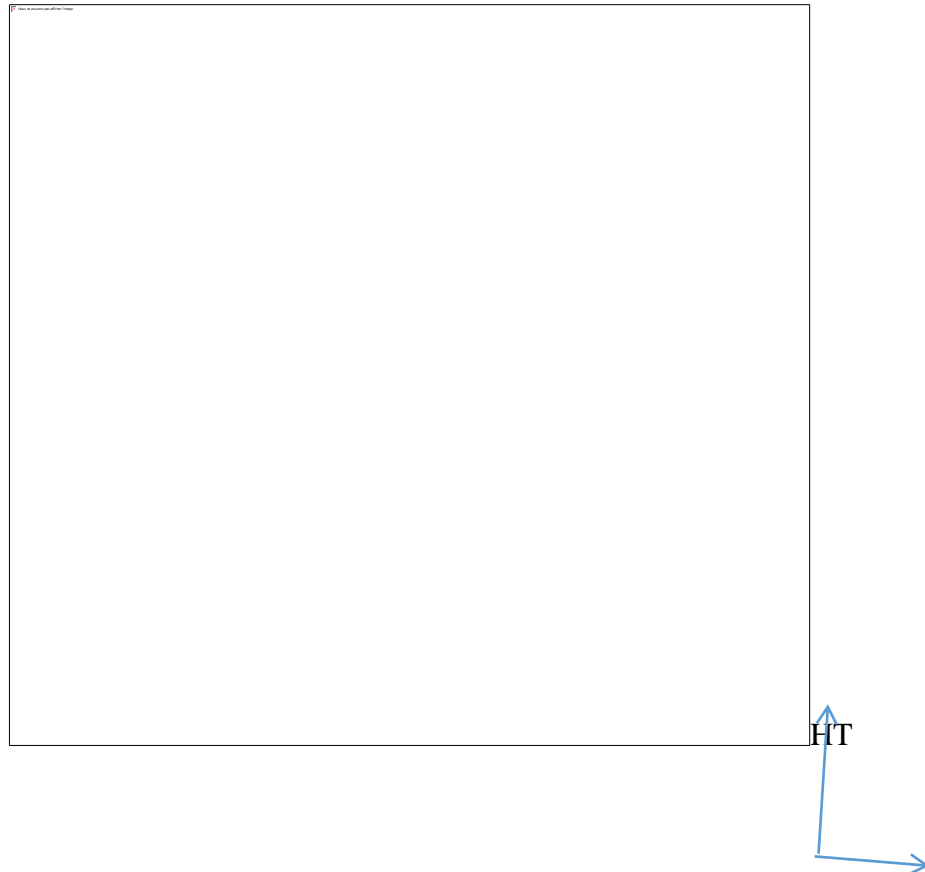
- Le bord droit regarde en arrière, il entre en contact avec le cæcum et le côlon ascendant.
- Le bord gauche, plus antérieur, répond à la masse des anses grêles refoulées et, en arrière, au côlon descendant.
- Les éléments qui se fixaient sur la corne utérine non gravide se trouvent sur l'utérus à terme plus bas sur les bords latéraux,
- Les trompes sont reportées plus en avant, les ligaments utéro-ovariens plus en arrière.

➤ Les ligaments utérins :

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

Ils s'hypertrophient au cours de la grossesse. Les ligaments ronds ne commencent à s'hypertrophier que vers le 4^{ème} mois quand l'utérus s'élève dans l'abdomen. Ils s'allongent jusqu'à 4 fois leur longueur, s'épaississent 3 à 4 fois et leur résistance à la traction s'accroît ; ils peuvent atteindre 40g (LANGREDER). Les ligaments utérosacrés ascensionnent.

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



Caudale

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.

➤ Structure :

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

○ La séreuse :

Elle s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle. Elle adhère intimement à la musculature du corps, alors qu'elle se clive facilement du segment inférieur.

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

○ La musculature

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

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

L'utérus distendu est formé par une cinquantaine de couches de faisceaux circulaires formant des plans superposés, qui sont répartis en deux assises de faisceaux circulaires superposés externe et interne. Elles forment la partie contractile de l'organe. Entre ces deux assises existe une couche plus épaisse de fibres entrecroisées dite couche plexiforme. La couche externe, sous séreuse, est renforcée par des faisceaux musculaires longitudinaux, superficiels, minces et discontinus. Le développement du muscle utérin gravide tient à la fois à l'hypertrophie de ses fibres musculaires, à l'apparition de fibres néoformées, à la transformation musculaire de fibres conjonctives du chorion de la musculeuse. 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 et une couche profonde et spongieuse qui servira après l'accouchement à la régénération de la muqueuse.

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



Figure 3 : Structure du myomètre (De TOURRIS et KAMINA).

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

b) Le segment inférieur :

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

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

➤ Anatomie macroscopique :

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

○ Forme :

Il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col se situe sur la convexité, mais assez en arrière, de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure, caractère important car c'est sur la paroi antérieure que porte l'incision de la césarienne segmentaire.

○ Situation :

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

○ Caractères :

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

○ Limite :

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 épaississement donne l'impression d'un anneau musculaire, surtout au moment de la contraction et plus encore après l'expulsion du fœtus.

○ Origine et Formation :

Le segment inférieur se développe aux dépens de l'isthme utérin, zone ramollie dès le début de la grossesse, comme le prouve le signe de Hégar ; et la partie supra-vaginale du col, dont la confirmation se fait par la présence de cicatrices de césariennes segmentaires au niveau du col (MAHON).

○ Rapports (fig. 4)

• En avant : Le segment inférieur est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décollable, alors qu'il adhère au corps. Cette disposition permet de réaliser une bonne protection péritonéale de la cicatrice utérine dans la césarienne segmentaire. Le péritoine, après avoir formé le cul-de-sac vésico-utérin, tapisse la face postéro supérieure de la vessie, puis devient pariétale, doublant la paroi abdominale antérieure.

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

La vessie, même vide, est toujours au-dessus du pubis, rapport à connaître lors de l'incision du péritoine pariétal. Au-dessus du cul-de-sac péritonéal, elle est séparée du segment inférieur par du tissu conjonctif lâche qui permet de la décoller et de la refouler en bas.

La vessie ascensionne généralement en fin de gestation. Par ailleurs, les adhérences entre vessie et suture de césarienne favorisent l'ascension de plus en plus haut de la vessie ; d'où la prudence à l'ouverture de la paroi lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu'il existe un utérus cicatriciel.

- Latéralement : la gaine hypogastrique contient les vaisseaux utérins croisés par l'uretère. La dextro-rotation de l'utérus expose le pédicule utérin gauche aux lésions des ruptures utérines et au cours des césariennes transversales.
- En arrière : le profond cul-de-sac de Douglas sépare le segment inférieur du rectum et du promontoire.

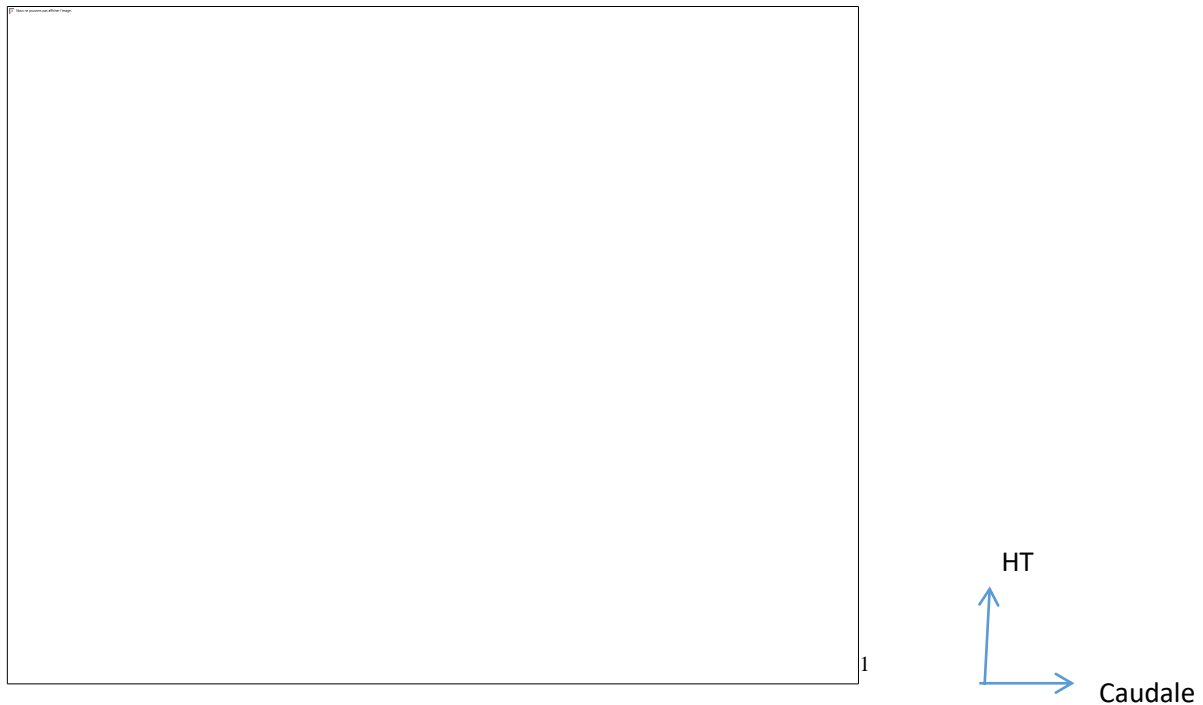


Figure 4: Segment inférieur (coupe sagittale)

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

➤ Structure :

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

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

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

➤ Applications pratiques

Le segment inférieur a une grande importance sur les plans clinique, physiologique et pathologique.

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

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

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

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

c) Le Col de l'utérus :

Le col se modifie peu pendant la grossesse.

➤ Anatomie macroscopique :

Son volume et sa forme ne changent pas.

Sa situation et sa direction ne changent qu'à la fin de la grossesse, lorsque la présentation s'accommode ou s'engage. Il est alors reporté en bas et en arrière, c'est alors qu'au toucher vaginal on le perçoit vers le sacrum. Sa consistance : le col se ramollit au bout de quelques semaines de grossesse, mais cette modification peut manquer de netteté. L'état des orifices ne varie pas. Ils restent fermés jusqu'au début du travail chez la primipare.

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

➤ Structure :

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

Par ailleurs, il est pauvre en tissu musculaire (6,4 % dans son 1/3 inférieur, 18 % dans son 1/3 moyen et 29 % dans son 1/3 supérieur). Ce tissu musculaire est réparti en plusieurs couches circulaires. La muqueuse ne subit pas de transformation déciduale. Ses glandes sécrètent un mucus abondant qui se collecte dans le col sous forme d'un conglomérat gélatineux, le bouchon muqueux. Sa chute, à terme, annonce la proximité de l'accouchement.

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

2. Vascularisation de l'utérus gravide

2.1. Les artères :

Branches de l'artère utérine, elles augmentent de longueur mais restent cependant flexueuses.

De chaque côté, elles s'anastomosent entre elles, mais non avec celles du côté opposé.

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

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

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

Cette disposition permet la dilatation du col.

2.2. Les veines :

Elles sont considérablement développées et forment les gros troncs veineux latéro-utérins.

Ceux-ci collectent les branches corporéales réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche plexiforme. Après la délivrance, les branches corporéales sont soumises à la rétractilité des anneaux musculaires.

2.3. Les lymphatiques :

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

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

3. Innervation :

Deux systèmes sont en jeu :

3.1. Le système intrinsèque :

C'est un appareil nerveux autonome. Il s'occupe surtout du col et du segment inférieur et donne ainsi à l'utérus une autonomie fonctionnelle relative. Les zones sous péritonéales (ligaments ronds, ligaments larges, douglas) sont pourvues de corpuscules sensoriels, importants dans la genèse de la douleur viscérale et des multiples réflexes à points de départ génito-urinaire.

3.2. Le système extrinsèque :

Il est formé par les plexus hypogastriques inférieurs qui sont plaqués sur la face latérale des viscères pelviens, utérus et vagin mais aussi rectum et vessie. Ces plexus proviennent :

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

Parmi les multiples rameaux émanant des plexus hypogastriques inférieurs, on ne retiendra que les nerfs de l'utérus, abordant l'organe avec les vaisseaux et se divisant dans l'épaisseur des parois de l'organe en remuscles d'une extrême ténuité longeant les fibres musculaires lisses, et les nerfs du vagin, qui descendent jusqu'à la vulve.

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

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

4. Physiologie de l'utérus gravide :

L'utérus se contracte d'un bout à l'autre de la grossesse. Au début les contractions utérines sont espacées, peu intenses et indolores. Elles sont infra cliniques. Ce sont les contractions de Braxton Hicks. En fin de grossesse ou au cours du travail elles se rapprochent, deviennent plus violentes ou douloureuses.

Les contractions utérines résultent du raccourcissement des chaînes de protéines contractiles ou actomyosines, grâce à l'énergie libérée par l'adénosine triphosphate en présence d'ions.

Les contractions utérines peuvent naître de n'importe quel point du muscle utérin. L'activité a un double but : la dilatation du col et l'accommodation fœto-pelvienne.

4.1. La dilatation du col :

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

a) Phase préliminaire ou phase de formation du segment inférieur : Elle a lieu dans les dernières semaines de la gestation sous l'effet des pressions exercées par les contractions utérines et du tonus permanent de l'utérus. Cette phase se fait aux dépens de l'isthme utérin

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

b) Phase concomitante :

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

d) Phase de réalisation :

C'est celle de la dilatation proprement dite.

L'effacement et la dilatation du col nécessitent un certain nombre de conditions qui sont :

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

4.2. La progression du fœtus : comprend :

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

C-La cicatrice utérine [6] :

1 – Etat de la cicatrice :

La cicatrice utérine, du fait de sa nature fibreuse prédominante, représente la zone de fragilisation élective de l'utérus cicatriciel. La cicatrisation est un phénomène évolutif de recolonisation conjonctive s'étalant sur une période d'au moins un an. Elle se traduit au niveau de l'ancienne incision utérine par une prolifération conjonctive irrégulière et non exclusive puisqu' on y retrouve des fibres musculaires de petites dimensions et de mauvaise qualité. Ces fibres musculaires réalisent microscopiquement des faisceaux musculaires lisses dissociés et fragmentés.

Ces phénomènes admirablement étudiés par Ruiz-Velasco permettent d'expliquer, au niveau de la cicatrice utérine, la perte des qualités d'extensibilité et de contractilité propres aux fibres musculaires intactes, entravant plus ou moins la transmission au col de l'activité utérine. La qualité d'une cicatrice est proportionnelle à la quantité des fibres musculaires utérines et

inversement proportionnelle à la quantité du tissu fibreux, à l'importance de la hyalinisation et à la rareté des éléments vasculaires [7]

Tout le problème pour l'équipe obstétricale va être de savoir quelle est la capacité de cette cicatrice à résister aux contraintes mécaniques rencontrées lors d'un accouchement.

L'appréciation de la solidité d'une cicatrice utérine repose donc sur des signes indirects qu'il faut savoir rechercher avant et pendant la grossesse.

2- Etiologie :

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

2.1-Interventions chirurgicales :

a) Obstétricales :

➤ Césarienne :

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

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

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

Toutefois dans l'hystérotomie segmentaire, la qualité de la cicatrice tient pour beaucoup à la bonne exécution de la suture. En raison de la disposition lamellaire des plans du segment inférieur, surtout dans l'incision transversale, on doit prendre le soin de charger avec l'aiguille, de chaque côté, la totalité de l'épaisseur des tranches. Un opérateur insuffisamment entraîné peut fort ne saisir qu'une des lames et il est probable qu'une partie des désunions futures tiennent de cette faute technique aisément évitable.[7]

➤ Curetages :

Les perforations utérines lors de curetages pour avortement spontané, interruption médicale de la grossesse (IMG), interruption volontaire de la grossesse (IVG) posent un problème de définition.

Mais le fait qu'elles aient été retrouvées parmi les étiologies de ruptures utérines recommande une vigilance toute particulière à observer lors d'un accouchement par voie basse sur utérus fragilisé. [8]

b) Gynécologiques :

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

➤ Myomectomies : [8]

Pour beaucoup le non ouverture de la cavité est un critère de solidité. A l'inverse, d'autres pensent que l'ouverture de la cavité lors d'une importante myomectomie interstitielle ou sous-muqueuse permet d'assurer un meilleur drainage de la loge de myomectomie qui aura, par ailleurs, été méticuleusement capitonnée par des points versants dont les chefs auront été laissés libres dans la cavité utérine, s'interposant ainsi entre les deux parois utérines. La seule notion de myomectomie est insuffisante et on se doit de vérifier sur le compte-rendu opératoire : le siège, la taille, le nombre des myomes, ainsi que le nombre de cicatrices nécessaire à leur extirpation. Enfin on tiendra compte de la complexité de l'hystéroplastie secondaire qui a été nécessaire.

➤ Hystéroplasties :

• Intervention de Strassman (1907) :

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

• Intervention de Bret-Palmer (France 1959) encore appelée intervention de Tompkins (USA 1962) :

Il s'agit d'une technique abdominale très ingénieuse de section de la cloison sans résection du myomètre ni même résection de l'étoffe de la cloison. Le principe de cette opération maintenant périmée, dans les pays développés, mérite un rappel : incision sagittale médiane de l'utérus jusqu'au bout inférieur de la cloison ; les deux héli-cloisons ainsi formées sont

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

sectionnées de bas en haut à mi-distance des faces antérieure et postérieure sous le contrôle de la vue ; l'utérus est refermé en deux plans dans le sens de son incision.

Les résultats excellents de cette opération, tant sur le taux de grossesse que sur la qualité de la cavité utérine et du myomètre, ont transformé le pronostic de l'affection. La nécessité d'une laparotomie, confrontée à l'existence d'un taux de naissances vivantes sans traitement ou sous couvert d'un simple cerclage de l'ordre de 50 %, faisait cependant reculer l'indication opératoire après la survenue de 2 à 3 avortements caractéristiques [9].

Ces méthodes ne contre-indiquent pas la voie basse ; et actuellement dans les centres bien équipés, la chirurgie per-hystérocopie 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.

2.2- Accidents au cours du travail :

Ruptures utérines

Elles sont soit spontanées soit provoquées.

➤ Ruptures spontanées :

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

➤ Ruptures provoquées :

Elles sont iatrogènes et la conséquence d'un manque de vigilance ou de compétence.

Il s'agit la plupart du temps de l'utilisation abusive d'ocytociques

(Syntocinon®) et de prostaglandines (Cytotec®), de pratique de manœuvres obstétricales instrumentales et non instrumentales.

2.3- Traumatismes : il s'agit essentiellement de rupture par agents vulnérants, par accident de la circulation ou par la corne d'un animal.

D. Complications

1. Ruptures utérines : [3]

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

On distingue des ruptures utérines :

- ❖ Incomplètes sous-séreuses, encore appelées déhiscences
- ❖ Ruptures complètes.

2. Placenta prævia

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

E-Conduite à tenir lors d'un nouvel accouchement[10 ; 11]

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

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

1- La césarienne prophylactique [12]

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

a) Les rétrécissements pelviens

Les bassins chirurgicaux sont bien sûr une indication de césarienne itérative.

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

Dans les rétrécissements pelviens, l'indication n'est pas toujours aussi évidente, d'autant que chez la primipare l'indication est souvent mixte et liée, certes au rétrécissement, mais aussi à une présentation mal fléchie.

Il faut donc revoir dans le compte rendu de l'accouchement, la présentation, les tracés, le partogramme et vérifier la réalité du rétrécissement par une pelvimétrie qui sera confrontée au bi pariétal de la grossesse en cours. Les rétrécissements pelviens modérés ne sont pas une indication de césarienne prophylactique itérative, si la confrontation céphalo-pelvienne clinique, radiologique et échographique est favorable.

b) La cicatrice utérine

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

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

c) La grossesse actuelle

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

- ❖ Unesur distension utérine (macrosomie, grossesse gémellaire, hydramnios)
- ❖ Une présentation autre que celle du sommet
- ❖ Un placenta prævia antérieur

2- L'épreuve utérine [13]

2.1 - Les conditions de réalisation :

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

a) Les cas favorables :

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

Les éléments du pronostic sont constitués par :

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

- L'absence de malformation utérine
- L'absence de pathologie maternelle contre-indiquant la voie basse
- Une confrontation fœto-pelvienne favorable
- L'absence de sur distension utérine notable (hydramnios, grossesses multiples)
- Une présentation du sommet
- Un placenta non inséré sur la cicatrice
- L'absence de dystocie surajoutée
- Un centre obstétrical avec une infrastructure adaptée et une équipe obstétricale qualifiée
- L'accord de la patiente ; bien que cela consiste à informer plutôt qu'à prendre l'avis de la patiente.

b) Les cas limites :

La constatation d'un rétrécissement pelvien modéré est fréquente au cours de ce bilan. Elle ne doit pas être pour autant une contre-indication de l'épreuve utérine tant que la confrontation céphalo-pelvienne sur le diagramme de Magnin se situe dans la zone d'eutocie, et qu'il n'existe pas de signes cliniques défavorables. Cependant, il est nécessaire qu'en cas de rétrécissement pelvien celui-ci soit noté sur le dossier, et que les consignes soient données pour une épreuve utérine prudente en précisant son pronostic et sa durée (surtout si l'on se situe dans la zone d'incertitude du diagramme de confrontation céphalo-pelvienne [14].

c) Déclenchement et utérus cicatriciel :

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

Par contre, dans des cas très bien choisis (col effacé, dilaté à 2-3 cm, souple avec un bon palper introducteur), le déclenchement est tout à fait acceptable sous réserve que l'on rompe d'emblée les membranes et que l'on mette une tocographie interne. La seule rupture des membranes permet d'ailleurs assez souvent d'obtenir une activité utérine et les doses de Syntocinon ne dépassent pas dans ces conditions 10 mU /min. [15]

2.2. Conduite de l'épreuve utérine [12]

a) Les éléments de surveillance

- Les contractions utérines

La dynamique utérine est surveillée par une Tocométrie externe tant que les membranes ne sont pas rompues et ensuite, par une tocographie interne qui est la traduction exacte de l'activité utérine et se révèle très utile en cas d'anomalie de la dilatation ou de modification de l'activité utérine (hyper ou hypocinésie). La modification brutale de l'activité utérine doit immédiatement faire penser à une rupture utérine.

- Le rythme cardiaque fœtal

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

- Les signes cliniques de la rupture utérine

Ils doivent être régulièrement recherchés. Ils sont inconstants mais peuvent survenir brutalement ou progressivement :

- La douleur au niveau de la cicatrice pendant la contraction et persistant en dehors d'elle est évocatrice
- Un saignement vaginal est inconstant mais également évocateur, une hypocinésie avec stagnation de la dilatation alors que les contractions étaient régulières est un signe d'alarme, de même qu'une hypercinésie de fréquence ou une élévation du tonus de base.
- La souffrance fœtale aiguë, la tachycardie maternelle, l'état de choc avec hématurie réalisent des tableaux évidents et tardifs. Au total, c'est sur un ensemble de signes minimes que la pré-rupture ou la rupture doivent être évoquées, leur association à une stagnation ou à un ralentissement de la dilatation justifie la césarienne.

b) Evolution du travail dans l'épreuve utérine

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

L'anomalie la plus fréquente au cours du travail est le ralentissement ou la stagnation de la dilatation. L'hypocinésie est la cause la plus habituelle. Son diagnostic et son traitement par

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

les ocytociques nécessitent la tocographie interne. En l'absence de cette technologie, le diagnostic peut parfois passer inaperçu et la prescription d'ocytocique est interdite car dangereuse ; dans ces cas-là on passe à la césarienne. La dystocie cervicale est diagnostiquée devant une stagnation de la dilatation avec une activité utérine correcte. Le col est rigide, des antispasmodiques doivent être administrés et leur effet jugé rapidement.

En cas de stagnation de la dilatation pendant 2 heures ou de dilatation inférieure à 1 cm par heure, il faut pratiquer une césarienne.

L'existence d'une cicatrice utérine est une contre-indication à l'analgésie péridurale qui peut masquer la douleur symptomatique d'une rupture utérine, et qui est souvent à l'origine d'une hypokinésie transitoire. Cette contre-indication n'est pas toujours respectée et ceux qui l'utilisent estiment qu'une analgésie péridurale bien conduite ne supprime pas les douleurs d'une pré-rupture.

c) L'expulsion

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

L'expression abdominale est à bannir.

d) La révision utérine

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

• La rupture de la cicatrice :

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

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

On recherche une brèche vésicale avec le doigt. Lors du sondage qui précède la laparotomie, les urines sont sanglantes, le doigt utérin sent le contact du ballonnet en avant.

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

L'hystérectomie conservant les ovaires s'impose si les lésions intéressent les deux pédicules utérins ou s'étendent au corps utérin. Le plus souvent, la suture de la brèche est possible après

régularisation des bords de la brèche, même si un seul pédicule utérin est intact, l'autre étant bien sûr lié. La suture est faite comme dans les césariennes. On vérifie la vessie qui sera éventuellement suturée avec du fil résorbable (Catgut et Vicryl). On discutera d'une ligature tubaire.

- La déhiscence de la cicatrice

Elle n'est pas toujours facile à différencier de son amincissement extrême.

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

2.3- Les cicatrices utérines autres que la césarienne

a) La myomectomie

La conduite à tenir dépend du type de myomectomie.

Il est indispensable d'avoir le compte rendu opératoire avant de prendre une décision :

- S'il s'agit d'un myome sous-séreux pédiculé, l'accouchement par voie basse ne pose pas de problème ;
- La myomectomie unique ouvrant ou non la cavité utérine ne constitue pas une contre-indication à l'épreuve utérine ;
- L'exérèse de plusieurs myomes sur un même utérus doit faire préférer la césarienne ;

Il serait souhaitable que l'opérateur, lors de la myomectomie, indique dans son compte rendu opératoire s'il pense ou non que la césarienne prophylactique s'impose.

b) L'hystéroplastie de Bret Palmer :

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

c) Les cicatrices de salpingectomie ou d'anastomoses isthmo-interstitielles :

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

e) La conisation :

Le col conisé peut réaliser parfois une zone de sclérose susceptible de céder brutalement en cours ou en fin de dilatation et d'entraîner une déchirure cervicale pouvant remonter vers les

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

F-Classification des utérus cicatriciels

1. Classification hystérosalpingographie selon Thoulon [16]

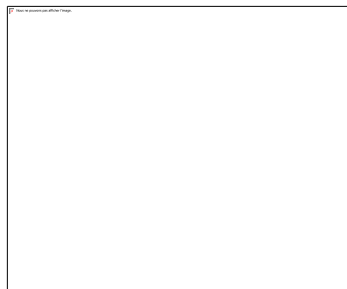
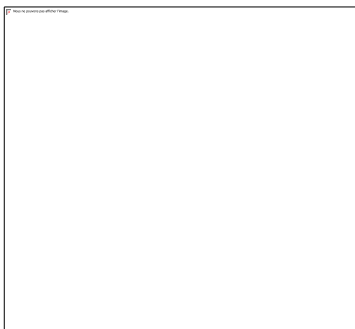
Thoulon a proposé une classification en 4 groupes avec pour les deux derniers un risque accru de rupture utérine :

- Groupe 1 : cicatrice invisible radiologiquement
- Groupe 2 : déformation inférieure à 4 mm
- Groupe 3 : déformation profonde de 4 à 5 mm et d'aspect bénin (coin, encoche, baïonnette)
- Groupe 4 : déformation supérieure ou égale à 6 mm et d'aspect péjoratif (bouchon de champagne, 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 à posteriori entre les ruptures constatées et les images radiologiques font qu'il ne peut y avoir d'indication de césarienne prophylactique sur le seul argument d'une image radiologique pathologique, à l'exception, peut-être, des rares images de fistules étendues.

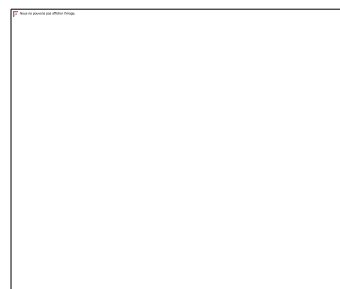
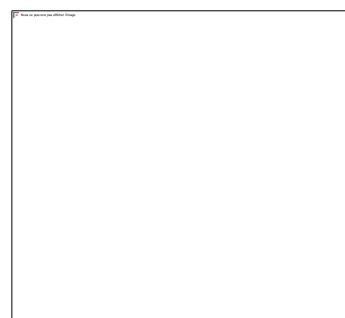
Groupe 1 :

Cicatrice invisible



Groupe2 :

Petite déformation < 4 mm



Groupe 3 :

Déformation limitée d'aspect

Morphologique bénin

(Coin, Baïonnette, Encoche)

Groupe 4 :

Déformation de mauvais d'aspect

morphologique (bouchon de

champagne, Hernie, Fistule)

Figure 5: Hystérographie [17]

2. Classification échographique selon Rozenberg : [12]

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

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

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

IV. MATERIEL ET MÉTHODES

1. Cadre de l'étude :

Notre étude s'est déroulée au service de Gynéco-Obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI (CS Réf VI) du directeur de Bamako

1.1. Présentation de la Commune VI du District De Bamako

Situation Géographique : La Commune VI du district de Bamako est située sur la rive droite du fleuve Niger avec une superficie de 94 km² la plus vaste du District de Bamako. Sa population est en pleine expansion : 629318 habitants en 2018 ; contre 683917 habitants en 2021 ; avec l'existence des logements sociaux et quartiers semi-urbains et rurales. Il fut créé par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et régie par des textes officiels. Il est limité au nord par le fleuve Niger, à l'est et au sud par le cercle de Kati et à l'ouest par la commune V et compte 10 quartiers.

1.2. Situation Sanitaire

Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la population de ladite commune mais également par certaines communes et villages environnants.

Cette sollicitation est liée, à l'accessibilité de la structure, car elle est située au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA)

Tableau II: Les CScCom et leurs distances par rapport au CSRéf

Nom des aires de santé	Quartier	Distance CScCom/CSRéf (en km)
ASACOMA	Magnambougou	3
ASACONIA	Niamakoro	6
ANIASCO	Niamakoro	8
ASACOBABA	Banankabougou	5
ASACOSE	Sénou	15
ASACOSO	Sogoniko	0,3
ASACOFA	Faladiè	4
ASACOYIR	Yirimadjo	10
ASACOSODIA	Sokorodji-Dianeguela	6
ASACOMIS	Missabougou	12
ASACOCY	Cité des logements Sociaux	7



1.3 Présentation du service de Gynéco-Obstétrique :

- Le bloc opératoire composé de :
 - Deux salles d'opération : bloc septique et bloc aseptique
 - Une salle de réveil avec 6 lits
 - Une salle de préparation pour les chirurgiens
 - Une salle de consultation préanesthésique.
 - Une salle de nettoyage des instruments.
 - Et 3 salles VIP pour l'hospitalisation.
- La maternité composée de :
Au rez-de-chaussée :

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

La salle d'accouchement qui contient cinq (5) tables d'accouchement et dix (10) lits, on y réalise en moyenne quinze - vingt accouchements par jour.

Une salle des nouveaux nés.

Une salle d'observation des femmes.

Une grande salle d'hospitalisation des femmes césarisées.

Une salle de garde pour sage- femme.

Une salle de garde pour Médecin.

Une salle de garde pour les faisant fonctions d'interne.

Une salle de garde pour les infirmières.

Une salle de consultation gynécologique.

Trois (3) salles de consultation prénatale.

Une salle de consultation planning familial ;

Une salle de SAA

Et six toilettes.

➤ Service de la néonatalogie composé de :

Une salle de consultation

Deux salles d'hospitalisation :

- Salle Prématurité avec 10 lits et 3 lampes chauffantes
- Salle Anoxie avec 17 lits et 2 lampes chauffantes

Une salle de kangrou

Une salle de garde pour les médecins

Une salle de garde pour les infirmières et sage-femmes

1.4-Ressources Humaines et financières :

❖ Au niveau du CSRéf il y a les différentes catégories de personnels

Les fonctionnaires et les conventionnaires de l'Etat

Les conventionnaires de l'INPS

Les contractuels du CSRéf

Les contractuels de la Mairie

Les thésards

❖ Les ressources financières du centre proviennent essentiellement de :

- ✓ La tarification des actes ;
- ✓ Les collectivités ;
- ✓ L'Etat ;
- ✓ Partenaires techniques et financiers.

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

❖ L'organisation du service :

Au plan technique : Un staff technique se tient chaque jour afin d'échanger sur les modalités de prise en charge des urgences admises la veille dans le service.

Une consultation gynécologique quotidienne est réalisée tous les jours ouvrables

Les explorations échographique et Radiographique sont réalisées tous les jours ouvrables,

Le programme des actes opératoires est mis en œuvre les jours suivants : Mardi, Mercredi Jeudi et vendredi

2-Type :

Il s'agit d'une étude transversale et analytique

3-Période d'étude :

Notre s'est étalée sur une période de 06 mois allant du 01 Janvier 2022 au 31 Juin 2022

4-Population d'étude :

Notre étude a porté sur toutes les femmes enceintes qui ont accouché dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI durant la période d'étude

5. Echantillonnage :

a. Critères d'inclusion : Ont été incluses toutes les patientes porteuses d'une ou plusieurs cicatrices sur l'utérus de causes Gynécologique ou Obstétricale et qui ont accouché au Centre de Santé de Référence de la Commune CVI du district de Bamako pendant la période d'étude.

b. Critères de non inclusion : N'ont pas été incluses les patientes porteuses d'une ou plusieurs cicatrices qui ont accouché dans une autre structure ou à domicile, les utérus sains ayant accouché au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako

c. Conduite de l'épreuve utérine

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

6. Variables étudiées :

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

7-Collecte des données :

Nos données ont été recueillies à partir des supports suivants :

- Une fiche d'enquête individuelle préétablie pour chaque parturiente et servant de questionnaire.
- Le partogramme
- Le registre de compte rendu opératoire
- Les dossiers obstétricaux
- Le registre d'accouchement

8-Saisie et analyse des données

Les données ont été analysées sur statistical package for the social science (SPSS) version 2021 et la saisie des données a été effectuée sur le logiciel Microsoft Word version 2013. Les tests utilisés pour la comparaison sont : le Khi carré (Khi²) de Pearson et Fisher. La différence est significative si la probabilité (P) est inférieure à 0,05.

9. Définitions opérationnelles :

-**L'accouchement** : c'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 grossesse a atteint un âge théorique de 28 SA.

-**L'utérus cicatriciel** : est un utérus porteur en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, d'une ou de plusieurs cicatrices myométriales. Cette définition exclut les cicatrices uniquement séreuses ou muqueuses comme on peut les rencontrer lors de certaines myomectomies pour myomes sous séreux, de cures de synéchies ou de résection de polypes per- hystérocopiques sans effraction du myomètre.

-**Epreuve utérine** : tentative d'accouchement par voie basse sur un utéruscicatriciel

-**La césarienne** : est une intervention chirurgicale qui permet l'extraction du fœtus après une incision chirurgicale de l'utérus.

-**Césarienne prophylactique** : c'est une césarienne réalisée en dehors du travail d'accouchement.

-**Venue d'elle-même** : gestantes ou parturientes ou accouchées admises directement dans le service sans passer par un autre centre.

-**Référée** : toute gestante adressée par une structure de santé sans notion d'urgence.

-**Evacuée** : toute gestante adressée par une structure de santé dans un contexte d'urgence.

-**La gestité** : est l'état d'être enceinte.

- **Nulligeste** : c'est une femme qui n'a jamais contracté de grossesse

- **Paucigeste** : c'est une femme qui a contracté entre 2 à 3 grossesses

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

- **HU excessive** : c'est lorsque la hauteur utérine ≥ 36 cm
- **Multigeste** : c'est une femme qui a contracté entre 4 à 5 grossesses
- **Grande multigeste** : lorsque le nombre de grossesse est ≥ 6
- **La parité** : Est l'acte d'avoir accoucher.
- **Nullipare** : il s'agit d'une femme qui n'a pas encore accouché.
- **Primipare** : il s'agit d'une femme qui est à son premier accouchement
- **Multipare** : une femme qui a fait un nombre d'accouchement compris entre 2 et 6.
- **Grande multipare** : une femme qui a fait plus de 6 accouchements.
- **Bassin** : son appréciation a été exclusivement clinique ; la radiopelvimétrie n'était pas disponible
- **Bassin généralement rétréci (BGR)** : promontoire atteint et les lignes innominées sont suivies au-delà des 2/3 antérieures.
- **Bassin limite** : promontoire atteint mais les lignes innominées ne sont pas suivies au-delà des deux tiers antérieurs.
- **L'Apgar** : Est un score qui permet d'évaluer l'état du nouveau-né à la naissance.

10-Considération éthique et déontologique

La confidentialité des données recueillies sera observée

Les résultats obtenus seront publiés au besoin

V. RESULTATS

Pendant la période d'étude allant du 1er janvier au 30 juin 2022, nous avons recensé 710 accouchements sur utérus cicatriciel sur un total de 6347 accouchements soit une fréquence de 11,2%.

Tableau III: Répartition des gestantes selon la tranchée d'âge

Age	Effectifs	Pourcentage
≤19 ans	30	4,2
20-34 ans	567	79,9
≥35 ans	113	15,9
Total	710	100

Ages extrêmes : 16ans et 44ans

Age moyen 28,6 ans ± 5,05

Tableau IV : Répartition des gestantes selon leur ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	385	54,2
Soninké	48	6,8
Autres	46	6,5
Peulh	93	13,1
Minianka	33	4,6
Sonrhäï	21	3,0
Malinké	44	6,2
Sénoufo	22	3,1
Dogon	18	2,5
Total	710	100

Autres : Bwa, Bozo, Samogon, Kassongué.

Tableau V : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial

Statut Matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Mariée	708	99,7
Célibataire	2	0,3
Total	710	100,0

TableauVI : Répartition des gestantes selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Primaire	111	15,6
Secondaire	110	15,5
Supérieur	52	7,3
Aucun	423	59,6
Ecole coranique	14	2
Total	710	100

TableauVII : Répartition des gestantes selon la gestité

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Primigeste	4	0,6
Paucigeste	302	42,5
Multigeste	404	56,9
Total	710	100

Tableau VIII : Répartition des gestantes selon la parité

Parité	Effectifs	Pourcentage
Primipare	183	25,8
Paucipare	300	42,3
Multipare	168	23,7
Grande Multipare	55	7,7
Nullipare	4	0,6
Total	710	100

Tableau IX : Répartition des gestantes selon l'intervalle inter-génésique (II G) en année

IIG	Effectifs	Pourcentage
<2	27	3,8
2 et Plus	679	95,6
Nullipare	4	0,6
Total	710	100

Tableau X : Répartition des gestantes selon les antécédents médicaux

ATCD Médicaux	Effectifs	Pourcentage
HTA	20	2,8
Diabète	2	0,3
Asthme	6	0,8
VIH	9	1,3
Aucun	673	94,8
Total	710	100

Tableau VI: Répartition des gestantes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage
Myomectomie	11	1,5
GEU	2	0,3
RU	2	0,3
Césarienne	689	97
Appendicectomie	2	0,3
Kystectomie	4	0,6
Total	710	100

TableauXII : Répartition des gestantes selon le nombre de cicatrice

Nombre de Césarienne	Effectifs	Pourcentage
1	446	62,9
2	141	19,9
3 et Plus	123	17,3
Total	710	100

Tableau XIII: Répartition des gestantes selon l'indication de la césarienne antérieure

Indication de la césarienne antérieure	Effectifs	Pourcentage
SFA	36	5,1
Utérus cicatriciel/bassin limite	54	7,6
Utérus bi cicatriciel	141	19,9
Utérus tri cicatriciel	100	14,1
Utérus Quadri cicatriciel	23	3,2
Macrosomie fœtale	44	6,2
Primi-siège	26	3,7
Placenta prævia hémorragique	20	2,8
Dilatation stationnaire	16	2,3
Hématome retro placentaire	14	2
Echec de l'épreuve de travail	24	3,4
Prééclampsie sévère	19	2,7
Inconnues	172	24
Autres	21	3
Total	710	100

Autres : Bassin généralement rétréci, Bassin asymétrique, Epaule méconnu, grossesse gémellaire J1 en siège, présentation du siège sur utérus cicatriciel, RPM sur utérus cicatriciel.

TableauXIV : Répartition des gestantes selon les suites opératoires

Suites post-césarienne	Effectifs	Pourcentage
Simple	654	92,1
Suppuration	33	4,6
Eviscération	2	0,3
Endométrite	6	0,9
HPPI	15	2,1
Total	710	100

Tableau XV : Répartition des gestantes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Venue d'elle même	664	93,5
Référée	9	1,3
Evacuée	37	5,2
Total	710	100

Tableau XVII: Répartition des gestantes selon la structure de référence/évacuation

Structure de référence/évacuation	Effectifs	Pourcentage
CSCOM	29	63
Privée	17	37
Total	46	100

Tableau XVII : Répartition des gestantes selon le motif de référence/évacuation

Motif de référence	Effectifs	Pourcentage
HTA/Utérus cicatriciel	4	8,7
Rétention de la main	2	4,3
RPM/Utérus cicatriciel	8	17,4
Syndrome de pré-rupture	3	6,5
Utérus bi cicatriciel	1	2,2
Utérus cicatriciel	17	37
Utérus cicatriciel+HU excessive	11	23,9
Total	46	100

Tableau XVIII : Répartition des gestantes selon le support de référence/évacuation

Support de référence	Effectifs	Pourcentage
PARTOGRAMME	10	21,7
Fiche de référence	34	73,9
Carnet de CPN	2	4,4
Total	46	100

TableauXIX : Répartition des gestantes selon l'agent évacuateur

Qualité de l'agent	Effectifs	Pourcentage
Infirmière-Obstétricienne	28	61
Sage-Femme	6	13
Médecin	2	4,3
Etudiant	10	21,7
Total	46	100

Tableau XX : Répartition des gestantes selon le terme de la grossesse à l'admission

Terme de la grossesse	Effectifs	Pourcentage
<37SA	32	4,5
Entre 37-42SA	667	93,9
> 42SA	11	1,5
Total	710	100

TableauXXI : Répartition des gestantes selon les BDCF à l'admission

La fréquence des BDCF	Effectifs	Pourcentage
Absents	10	1,4
< 120 bat/min	6	0,8
Entre 120-160 bat/min	692	97,5
> 160 bat/min	2	0,3
Total	710	100

TableauXXII : Répartition des gestantes selon l'état de la PDE à l'admission

Poche des eaux	Effectifs	Pourcentage
Intacte	577	81,3
Rompue	133	18,7
Total	710	100

Tableau XXVIII: Répartition des gestantes selon le type de rupture de la PDE

Type de rupture	Effectifs	Pourcentage
RPM	22	3,1
RSM	103	14,5
RAM	585	82,4
Total	710	100

TableauXXIV :Répartition des gestantes selon l’aspect du liquide amniotique

Aspect du liquide amniotique	Effectifs	Pourcentage
Claire	698	98,3
Teinté	12	1,7
Total	710	100

Tableau XXV : Répartition des gestantes selon le type de présentation

Type de présentation	Effectifs	Pourcentage
Céphalique	677	95,4
Siège	23	3,2
Epaule	8	1,1
Transverse	2	0,3
Total	710	100

Tableau XXVI : Répartition des gestantes selon la phase du travail d’accouchement à l’admission

Dilatation	Effectifs	Pourcentage
Phase de latence	200	28,2
Phase active	240	33,8
Non en travail	270	38
Total	710	100

TableauXXVII : Répartition des gestantes selon le type de bassin

Type de bassin	Effectifs	Pourcentage
Normal	502	70,7
BGR	8	1,1
Limite	198	27,9
Asymétrique	2	0,3
Total	710	100

TableauXXVIII : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectifs	Pourcentage
0	14	2,0
1 à 3	299	42,1
≥ 4	397	55,9
Total	710	100

TableauXXIX : Répartition des gestantes selon le lieu de CPN

Lieu de CPN	Effectifs	Pourcentage
CSCom	153	21,6
CSRéf	488	68,7
Clinique	36	5,1
Cabinet	19	2,7
CPN non faite	14	2,0
Total	710	100

TableauXXX : Répartition des gestantes selon la qualification de l'auteur des CPN

Qualification agent CPN	Effectifs	Pourcentage
Médecin	420	59
Sage-femme	267	37,6
Matrone	7	1
Infirmière-Obstétricale	2	0,3
Aucun	14	2
Total	710	100

Tableau IXXXI : Répartition des gestantes selon la voie d'accouchement à l'issue des CPN

Issue des CPN	Effectifs	Pourcentage
Césarienne prophylactique	350	49,3
Epreuve utérine	242	34,1
Aucune préconisation	118	16,6
Total	710	100

Tableau X: Répartition des gestantes selon la conduite obstétricale à l'admission

Conduite à l'admission	Effectifs	Pourcentage
Césarienne prophylactique	300	42,2
Epreuve utérine	200	28,2
Césarienne d'urgence	210	29,6
Total	710	100

Tableau XI: Répartition des gestantes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Voie basse	123	17,3
Césarienne	587	82,7
Total	710	100

TableauXXXIV : Répartition des gestantes selon le résultat de l'épreuve utérine

Résultat de l'épreuve utérine	Effectifs	Pourcentage
Réussite	123	61,5
Echec	77	38,5
Total	200	100

TableauXXXV : Répartition des gestantes selon l'indication de la césarienne

Indication de cette césarienne	Effectifs	Pourcentage
ATCD Obstétricaux chargés/UC	4	0,7
Bassin asymétrique	2	0,3
BGR	8	1,4
Dépassement de terme/UC	9	1,5
Echec de l'épreuve utérine	77	13,1
GG/UC	7	1,2
HRP	15	2,6
HTA/Grossesse	16	2,7
IIG court/UC	9	1,5
Présentation de l'épaule	8	1,4
Présentation transverse/UC	2	0,3
RPM/UC	22	3,8
Siège/UC	23	3,9
Macrosomie fœtale/UC	20	3,4
UC/BL	94	16,1
UC+Circulaire du cordon	7	1,2
Utérus bi cicatriciel	78	13,3
Utérus bi cicatriciel en travail	63	10,7
Utérus quadri cicatriciel	30	5,1
Utérus tri cicatriciel	73	12,4
Utérus tri cicatriciel en travail	20	3,4
Total	587	100

TableauXXXVI : Répartition des césarisées selon l'état utérin à la laparotomie

Etat utérus à la laparotomie	Effectifs	Pourcentage
Utérus intact	574	97,8
Déhiscence	10	1,7
Rupture	3	0,5
Total	587	100

TableauXXXVII :répartition des parturientes en fonction du taux d'extraction instrumentale

Type d'expulsion	Effectifs	Pourcentage
Expulsion spontanée	108	87,8
Ventouse	15	12,2
Total	123	100

Tableau XII: Répartition des gestantes selon le type de délivrance

Type de délivrance	Effectifs	Pourcentage
Active	118	16,6
Extemporannée	587	82,7
Artificielle	5	0,7
Total	710	100

TableauXXXIX :Répartition des accouchées par voie basse selon la réalisation de la révision utérine

Révision utérine après voie basse	Effectifs	Pourcentage
Oui	103	84
Non	20	16
Total	123	100

TableauXL : Répartition des gestantes selon le résultat de la révision utérine

Résultat révision utérine	Effectifs	Pourcentage
Utérus intact	100	97,1
Déhiscence de cicatrice	3	2,9
Total	103	100

TableauXLI : Répartition des gestantes en fonction des complications du post-partum

Complication du post-partum	Effectifs	Pourcentage
Aucune	625	88,1
Infection du site opératoire	55	7,8
HPP	23	3,2
Endométrite	5	0,7
Eviscération	2	0,2
Total	710	100

TableauXLII :Répartition des gestantes en fonction de leur état après l'accouchement

Etat de la mère	Effectifs	Pourcentage
Vivante	710	100
Décédée	0	0
Total	710	100

TableauXLIII : Répartition des N-nés en fonction de leur état à la naissance

Nouveau-né	Effectifs	Pourcentage
Vivant	699	98,5
Décédé	11	1,5
Total	710	100

TableauXLIV : Répartition des gestantes selon la cause du décès des N-nés

Causes du décès des N-nés	Effectifs	Pourcentage
Accouchement dans un contexte d'HRP grade IIIa de Sher	1	9,1
Accouchement dans un contexte de SFA	1	9,1
MFIU	9	81,8
Total	11	100

TableauXLV :Répartition des N-nés en fonction de leur poids de naissance

Poids	Effectifs	Pourcentage
< 2500	39	5,5
Entre 2500-3999	655	92,2
≥ 4000	16	2,3
Total	710	100

TableauXLVI :Répartition des N-nés en fonction du score d'APGAR à la première minute

APGAR	Effectifs	Pourcentage
< 8	50	7
Entre 8-10	649	91,4
0	11	1,5
Total	710	100

TableauXLVII : Répartition des N-nés en fonction du score d'APGAR à la premièrecinquième minute

APGAR	Effectifs	Pourcentage
<8	5	0,7
Entre 8-10	694	97,8
0	11	1,5
Total	710	100

Tableau XIII:Relation entre le score d’Apgar à la première minute et la voie d’accouchement

Score d’APGAR	Voie d’accouchement	
	Voie bassen (%)	Voie hauten (%)
8-10	116 (17,9%)	533(82,1%)
<8	6 (12%)	44 (88%)
0	1 (9,1)	10 (90,9%)
Total	123 (17,3%)	587 (82,7%)

Khi² = 2,41

ddl= 2 P= 0,3

Le score d’Apgar à la 1ère minute n’est pas modifié par la voie d’accouchement **p=0,3**.

TableauXLIX : Relation entre le score d’Apgar à la cinquième minute et la voie d’accouchement

Score d’APGAR	Voie d’accouchement	
	Voie basse n (%)	Voie haute n (%)
8-10	120 (17,4%)	570(82,6%)
<8	1 (16,7%)	5 (83,3%)
0	2 (14,3)	12 (85,7%)
Total	123 (17,3%)	587 (82,7%)

Khi²= 0,11ddl= 2

P= 0,9

Le score d’Apgar à la 5ème minute n’est pas modifié par la voie d’accouchement **p=0,9**.

Tableau L:Relation entre l’IIG et la voie d’accouchement

IIG	Voie d’accouchement	
	Voie basse (n%)	Voie haute (n%)
< 2	12 (44,4%)	15 (56,6%)
≥ 2	111 (16,3%)	568 (83,7%)
Nullipare	0 (0%)	4 (100%)
Total	123 (17,3%)	587 (82,7%)

Khi² = 15,16

ddl= 2

P= 0,001

L'IIG a une influence sur la voie d'accouchement **P= 0,001**

Tableau XIV: Relation entre le mode d'admission et la voie d'accouchement

Mode d'admission	Voie d'accouchement	
	Voie basse (n%)	Voie haute (n%)
Venue d'elle-même	107 (16,1%)	557 (83,9%)
Référée	3 (33,3%)	6 (66,7%)
Evacuée	13 (35,1%)	24 (64,9%)
Total	123 (17,3%)	587 (82,7%)
Khi² = 10,58	ddl= 2	P= 0,005

Le mode d'admission a une influence sur la voie d'accouchement **P= 0,005**

Tableau LII : Relation entre le nombre de CPN et la voie d'accouchement

Nombre de CPN	Voie d'accouchement	
	Voie basse (n%)	Voie haute (n%)
0	0 (0%)	14 (100%)
1 à 3	47 (15,7%)	252 (84,3%)
≥ 4	76 (19,1%)	321 (80,9%)
Total	123 (17,3%)	587 (82,7%)
Khi² = 4,39	ddl= 2	P=0,11

Le nombre de CPN n'influence pas la voie d'accouchement **P= 0,11**

Tableau LIII:Relation entre le lieu de CPN et la voie d'accouchement

Lieu de CPN	Voie d'accouchement	
	Voie basse (n%)	Voie haute
CSCoM	54 (35,3%)	99 (64,7%)
CSRéf	66 (13,5%)	422 (86,5%)
Clinique	3 (8,3%)	33 (91,7%)
Cabinet	0 (0%)	19 (100%)
Total	123 (17,3%)	587 (82,7%)

Khi² = 48,36

ddl=4

P=0,00

Il y a une corrélation entre le lieu de CPN et la voie d'accouchement **P=0,00**

TableauLIV :Relation entre l'auteur des CPN et la voie d'accouchement

Auteur de CPN	Voie d'accouchement	
	Voie basse	Voie haute
Médecin	39 (9,3%)	381 (90,7%)
Sage-Femme	84 (31,5%)	183 (68,5%)
Matrone	0 (0%)	7 (100%)
Infirmière-Obstétricienne	0 (0%)	2 (100%)
Total	123 (17,3%)	587 (82,7%)

Khi² = 61,02

ddl=4

P=0,00

Il y a une corrélation entre l'auteur des CPN et la voie d'accouchement avec **P=0,00**

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

I Fréquence :

Du 1er janvier au 30 juin 2022 nous avons enregistré 6347 accouchements au centre de santé de référence de la commune VI dont 710 parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel, soit une fréquence de 11,2%.

Notre fréquence est supérieure à celui de Bengaly M [21] en 2014 et de Sidibé B [34] en 2010 qui avaient trouvé respectivement une fréquence de 3,9% et 5,9% et comparable à celui de Fomba I [18] soit 11,79%

II Profil socio-démocratique des patientes

1-Age :

La tranche d'âge de 20-34 ans représentait 79,9% dans notre série inférieure à celle de Coulibaly M [20] qui avait trouvé 82,33%.

L'âge moyen était de 28,6ans avec des extrêmes de 16et 44 ans, Ouattara A [4] en 2004 au CSRéf de la commune V avait trouvé des extrêmes de 16 ans et 44 ans.

Le jeune âge des parturientes pourrait s'expliquer par le mariage précoce qui expose les femmes aux grossesses sur bassins immatures occasionnant ainsi des césariennes.

2-Statut matrimonial

Les mariées représentaient 99,7% et 59,6% sont non scolarisées en français. Ce faible taux de niveau d'instruction des parturientes s'explique par le bas niveau de scolarisation au Mali et particulièrement celles des filles. Ce taux est inférieur à celui de Coulibaly .M [20] qui a trouvé 77,6%.

III Antécédents

1-Parité

Les paucipares étaient les plus représentées avec 42,3%. Ce résultat est comparable à celui de Koumaré Z [19] soit 46,7% et inférieur à celui de Fomba I [18] avec 59,3%.

Les grandes multipares ont représenté 7,7% dans notre série, comparable à celui de Fomba I [18] qui avait trouvé 8,4%, et inférieur à celui de Mallé A B avait trouvé 20,9% [43] en 2012 à l'hôpital régional de Ségou.

2-Intervalle inter génésique

Au cours de notre étude 3,8% des parturientes avaient un intervalle inter génésique inférieur à 2 ans. Ce résultat est inférieur à ceux de Koumaré Z [19] et de Fomba I [18] qui ont trouvé

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

respectivement 20,8% et 18,6%. Cette différence pourrait s'expliquer par une bonne collaboration entre unité d'hospitalisation et celle de la Planification familiale en vue d'une meilleure couverture contraceptive chez les césarisées

3-Médicaux

Les antécédents médicaux étaient dominés par l'hypertension artérielle (HTA) soit 2,8%. Ce taux est inférieur à celui de Fomba I [18] soit 6,6%.

4-Chirurgicaux

La césarienne était la plus représentée soit 97%. Ce taux est égal à celui de Fomba I [18]

Dans notre échantillon, 98,5% des parturientes étaient porteuses de cicatrice de césarienne et seulement dans 1,5% des cas, la cicatrice était liée à une myomectomie. L'utérus uni cicatriciel représentait 62,9%, 19,9% d'utérus bi cicatriciel, 17,3% d'utérus tri cicatriciel et plus.

Fomba I [18] avait trouvé 79,4% d'utérus uni cicatriciel, 23,5% d'utérus bi cicatriciel, 7,1% d'utérus tri cicatriciel et plus. Ouattara A [4] en 2004, au CSRéf de la commune V, avait trouvé 79,1% d'utérus uni cicatriciel, 17,7% d'utérus bi cicatriciel, 3,2% d'utérus tri cicatriciel. Les césariennes antérieures ont été réalisées pour utérus bi cicatriciel dans 19,9% des cas, 14,1% pour utérus tri cicatriciel sur bassin limite, 7,6% pour utérus cicatriciel sur bassin limite, contrairement à Fomba I [18] et Ouattara A [4] qui avaient trouvé respectivement pour disproportion fœto-pelvienne et gros fœtus dans 24,7% et 60%. L'indication de la césarienne antérieure n'était pas connue dans 24%, ceci pourrait s'expliquer par le faible niveau d'alphabétisation des parturientes qui n'accordent aucune importance aux fiches médicales dans lesquelles sont notifiées les indications de césarienne antérieure mais aussi par les problèmes liés à l'archivage dans les services de santé (remplissage, classement, conservation).

IV Mode d'admission

Dans notre série 664 parturientes, soit 93,5%, sont venue d'elles même. Cela s'explique par le fait qu'il existe dans notre service une unité de prise en charge des grossesses à risque.

Un taux d'évacuation à 5,2%, inférieur ceux de Fomba I [18] et Mallé Amadou B [43] qui avaient trouvé 21% et 9,5%. Le motif le plus représenté était utérus cicatriciel soit 37%.

V Consultation prénatale

Le suivi prénatal des femmes porteuses d'utérus cicatriciel a mis en évidence la problématique de la qualité de celui-ci.

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

En effet la consultation prénatale recentrée est un pilier établi de la lutte contre la morbidité et la mortalité materno-fœtale[22]. Elle a été ainsi le principal levier pour modifier dans les recommandations de l'OMS de Novembre 2016, avec désormais huit visites minimales recommandées dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD) [23]. Près de 24,4% des femmes enceintes porteuses d'utérus cicatriciel dans notre série avaient réalisé toutes les CPN dans les formations sanitaires qui ne devraient fournir que des soins de bases, structurellement non recommandés pour la prise en charge de ce type de grossesse.

Dans notre série 42,1% des parturientes n'avaient pas réalisé le minimum de quatre CPN comme recommandée par l'OMS et 2% n'avaient pas fait de CPN.

La consultation prénatale recentrée permet en effet de détecter et de traiter précocement les morbidités materno-fœtales, la promotion de la santé, volet au cours duquel les complications associées à l'utérus cicatriciel auraient pu être évoquées et le plan d'accouchement qui indique le lieu le plus approprié de celui-ci, le prestataire compétent devant prendre en charge l'accouchement sur utérus cicatriciel etc.

VI Voie d'accouchement

La césarienne prophylactique doit être réalisée chez toutes les parturientes qui ont un bassin chirurgical. La confirmation de bassin rétréci doit se faire par la mensuration clinique et surtout la radiopelvimétrie.

De nombreux auteurs préconisent la radiopelvimétrie uniquement en cas de doute devant une suspicion de vice de bassin [24].

D'autres par contre, la prétendent indispensable en fin de grossesse pour apprécier la dimension du bassin [25] et éliminer toute cause de dystocie, même modérée ayant pu passer inaperçue.

Dans notre étude, le bassin limite sur utérus cicatriciel représentait 27,9% et le bassin généralement rétréci 1,1%.

Notre structure n'est pas dotée de matériels de radiopelvimétrie, raison pour laquelle nous n'avons pas pu réaliser de radiopelvimétrie.

L'attitude communément adaptée devant l'association d'un utérus cicatriciel et une autre présentation que céphalique bien fléchie est la réalisation d'une césarienne itérative systématique [26 ; 27 ; 28].

Cependant cette attitude n'est pas acceptée par certains auteurs qui rapportent que l'épreuve utérine dans la présentation du siège donne de bons résultats avec un faible taux de complications [29 ; 30].

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

Dans notre série, la césarienne prophylactique était réalisée en cas de présentation de siège sur utérus cicatriciel car cette présentation expose les femmes à un risque de dystocie dynamique. Du fait de l'augmentation de l'incidence des utérus cicatriciels et les contradictions de l'obstétrique moderne ces dernières années, l'obstétricien est alors fréquemment sollicité à décider du mode d'accouchement le plus approprié à la mère et son fœtus.

Concernant le mode d'accouchement, notre fréquence d'épreuve utérine, soit 28,2% était conforme à celle retrouvée dans la littérature, avec un taux de réussite de 61,5%, soit une fréquence d'accouchement par voie basse après la césarienne de 17,3%, malgré la référence/évacuation d'un cinquième des cas.

En effet, l'épreuve utérine est indiquée dans 27,8% à 88,2% des cas, avec un taux de réussite qui varie de 45 à 92,2% [31].

Nos données sont inférieures à la moyenne et s'expliqueraient probablement par la proportion des utérus multi-cicatriciels dans notre série, soit 37,2%. Ceux-ci demeurent une indication de la voie haute dans notre milieu.

Tahsen S [32] avait retrouvé dans un méta analyse un taux d'accouchement par voie basse de 71,1% avec une fréquence de rupture utérine relativement faible (1,36%) en cas d'utérus bi cicatriciel [32]. Le même constat a été fait par un méta analyse récente qui estimait que l'utérus bi cicatriciel, ou associé à une grossesse gémellaire et l'absence d'indication récurrente n'étaient plus des contre-indications de la voie basse [33]. L'appréciation de la qualité de la cicatrice par imagerie médicale doit être dans ces cas un prérequis [7].

Ces résultats montrent que l'épreuve utérine sur utérus cicatriciel peut être correctement prise en charge dans des maternités ne disposant pas de moyens de surveillance électronique cardiotocographique. Cette surveillance électronique apporte certes une sécurité supplémentaire dans la gestion du travail ; elle permet de dépister précocement une souffrance fœtale ou des anomalies contractiles pouvant favoriser une rupture utérine, mais elle n'est pas indispensable.

La surveillance clinique que nous utilisons n'est pas aussi fiable surtout en ce qui concerne le diagnostic ultra-précoce de la souffrance fœtale ; mais dans nos conditions d'exercice le problème est plutôt celui de la référence précoce des patientes pour procéder à une sélection rigoureuse, c'est également celui de la disponibilité effective d'un personnel compétent et dévoué au moment de l'accouchement.

Parmi nos accouchements par voie basse 87,8% ont expulsé spontanément et 12,2% ont accouché par ventouse avec comme indications suivantes : effort expulsif insuffisant, SFA.

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

Ce résultat est inférieur ceux de Fomba I [18] et de Sidibé B [34] qui avaient trouvé respectivement 29,4% et 18,4% d'extraction instrumentale.

Dans notre série, les facteurs prédictifs d'un succès de l'épreuve utérine sont les mêmes que ceux rencontrés dans la littérature [35, 36,37, 38] qui sont :

- ATCD d'accouchement par voie basse de la parturiente avant la première césarienne ;
- ATCD d'accouchement par voie basse après la césarienne ;
- l'indication de la première césarienne : une césarienne antérieure dont l'indication n'est pas liée à un obstacle pelvien ;
- l'engagement de la présentation en fin de grossesse ;
- le bon murissement du col de l'utérus.

La césarienne itérative en urgence a été la plus représentée dans notre série avec 42,2% contre 40,5% de césarienne prophylactique itérative.

Les contraintes liées à la pratique obstétricale dans un pays en développement comme le nôtre, (faible niveau de la couverture et de la qualité des soins prénatals, absence de cardiotocographe, manque d'informations sur l'indication de la césarienne antérieure et le type de cicatrice utérine), le risque de rupture utérine nous conduit souvent à réaliser des césariennes prophylactiques de prudence, peut-être de manière excessive.

Ouattara A [4] et Sidibé B [34] au Mali avaient retrouvé respectivement 10,7% et 7% de césarienne prophylactique sur utérus cicatriciel contre 17,2% et 14,7% de césarienne itérative d'urgence.

Notre taux élevé de césarienne itérative d'urgence est lié au fait que la plupart des cas sont admis ou référé au cours du travail d'accouchement ou du fait que certaines parturientes programmées pour césarienne rentrent en travail avant la date prévue suite à des pathologies sur grossesse et l'échographie tardive.

Nos indications de césariennes itératives ne diffèrent pas de celles des autres auteurs.

Les principales indications étaient : utérus bi cicatriciel et plus, utérus cicatriciel sur bassin limite, souffrance foétale aigue, présentation du siège sur utérus cicatriciel, rupture prématurée des membranes sur utérus cicatriciel

Dans nos conditions d'exercice, nous indiquons la césarienne dans les rétrécissements modérés du bassin (bassin limite et utérus cicatriciel) ; telle n'est pas le cas chez beaucoup d'auteur [36]. Dans notre série cette situation a été retrouvée dans 16,1 % des cas.

En présence d'un utérus bi cicatriciel, le dogme de la césarienne itérative systématique est également remis en cause. En Occident, Magnin [37] pense que si les conditions sont favorables, il est possible d'obtenir un accouchement par voie basse dans 50 % des cas ; mais

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

en Afrique noire, Mégafu [39] rapporte une expérience marquée par un taux de 19 % de rupture utérine et préconise une césarienne itérative systématique.

Nous avons effectué 123 cas de ligature et résection des trompes, soit 17,3%.

La ligature et résection des trompes nécessitent le consentement éclairé du couple mais aussi l'état de l'utérus au cours de l'intervention. Ce résultat est supérieur à ceux d'Ouattara A [4] en 2004 au CSRéf de la commune V et Fomba I [18] en 2018 au CSRéf de Dioila avaient trouvé respectivement 10,8% et 8,3%.

VII Pronostic maternel et fœtal

1-Mère

Dans notre série nous n'avons pas enregistré de décès maternel. Fomba I [18] et Niambélé A [41] au CSRéf de la commune II n'avaient pas rapporté de cas de décès maternel. Ouattara A [4] et Hamet A [40] avaient rapporté respectivement 3 et 2 cas de décès maternel.

Nous avons enregistré 0,5% de rupture utérine sur utérus cicatriciel ce qui est considérablement inférieur à ceux de Ouattara A [4] et de Hamet A [40] qui avaient trouvé respectivement 19% et 6,2% de rupture utérine sur utérus cicatriciel. Ceci pourrait s'expliquer par la contre-indication des ocytociques, du déclenchement du travail sur utérus cicatriciel et l'adhésion de certains prestataires des CSCom et cabinets médicaux à notre schémas thérapeutiques grâce à la rétro-information faite systématiquement et régulièrement.

L'infection du site d'opération et l'hémorragie du post-partum étaient les principales complications du post-partum dans notre série avec respectivement 7,8% et 3,2%.

2-Les nouveau-nés :

Nous avons enregistré 710 naissances dont 11 mort-nés

Le score d'Apgar supérieur ou égal à 8 à la première minute représentait 91,4% et 97,8% à la 5ème minute.

Dans notre série 15 nouveau-nés ont été réanimés à la naissance dont trois 3 réanimations sans succès. Ces décès néo-natals s'expliquent par les moyens limités de réanimation et le retard à la référence/évacuation des parturientes qui sont admises avec des souffrances fœtales aiguës.

Les nouveau-nés qui avaient un poids à la naissance de 2500 à 3999g représentaient 92,2%. Fomba I [18] et Ouattara A [4] avaient trouvé respectivement 80% et 85,7%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des grossesses étaient à terme.

Seize nouveau-nés, soit 2,3% avait un poids supérieur ou égal à 4000g qui ont tous accouché par césarienne. Cissé CT [2] et Ouattara A [4] avaient trouvé respectivement 4,5% et 3% de

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

macrosomies. Ceci s'explique par notre attitude de prudence devant une hauteur utérine excessive.

VII. Conclusion

L'incidence des utérus cicatriciels est en nette augmentation et restera à cause de la multiplication des indications de césarienne.

La connaissance du passé gynécologique et obstétrical des parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel est primordiale pour choisir le mode d'accouchement convenable.

La réussite de l'épreuve utérine est liée à l'indication de la césarienne antérieure et l'ATCD d'accouchement par voie basse.

La rupture utérine est une complication majeure avec un taux de mortalité non négligeable et un pronostic catastrophique.

La CPN est primordiale en cas de grossesse sur utérus cicatriciel, elle permet de traiter précocement les morbidités materno-fœtales associées à l'utérus cicatriciel.

VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme des résultats de notre étude, les recommandations que nous formulons s'adressent :

1. Aux autorités sanitaires :

- Doter les centres de santé périphériques (CSRéf, CSCom), de médecins spécialistes (Gynécologue, Pédiatre)
- Créer un ou deux CSRéf de plus dans la commune VI

2. A la direction du CSRéf CVI :

- Réhabiliter la maternité du centre (construire une nouvelle maternité et un nouveau bloc opératoire) ;
- Doter la salle d'accouchement de matériels de surveillance du travail d'accouchement.

3. Aux prestataires :

- Respecter les normes et procédures en matière de surveillance des grossesses à risque ;
- Intensifier la promotion des activités de planification familiale.

4. A la communauté:

- Promouvoir le don de sang volontaire dans la communauté ;
- promouvoir les systèmes de sécurité sociale (Mutuelle, ASACO, Assurances).

5. Aux femmes enceintes :

- Fréquenter les CPN dès le début de la grossesse.

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Kharrasse T.** Accouchement sur utérus cicatriciel à propos de 614 cas au CHU Ibn Rochd de Casablanca. [Thèse de médecine]. [Casablanca-Maroc] : 2006 ; 18 : 1-10
2. **Cissé CT, Ewagnignon E, Terolbe I.** Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. J Gynécol Biol Reprod 1999 ; 28 ; 6 : 556-562.
3. **Papier Nick E, Cabrol D, Pons J-C.** Obstétrique (Médecine-Sciences) Flammarion, Chapitre 78 : 985-1004 et chapitre 92 : 1191-1204
4. **Ouattara A.** Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune V. [Thèse de médecine]. [Bamako-Mali] : FMOS ; 2004 ; 101 : 85p.
5. **Merger R, Levery J, Melchior J.** Précis d'obstétrique; 6^e édition; Masson Paris, 1995 ; 1 : 39-47.
6. **Perrotin 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. Journal Gynéco. Obstét. Biol, 1999 ; 28 : 253_62.
7. **Ruiz VV, Rosas AJ.** Appréciation de la cicatrice de césarienne. Rev. Fr Gynéco ; 1971 ; 66 : 83_ 93.
8. **Meicler P, Daria E, Pinet G.** Rupture utérine sur utérus cicatriciel méconnu. RevFr. Gynécol.obstét 1991 ; 86 : 10 ; 609_ 11.
9. **Querlen D.** Précis de Techniques chirurgicales En gynécologie. Edition Masson 1995 : 36-69
10. **Lansac J, Body G.** Pratique de l'accouchement. 2^eme édition 1992. SIMEP 12 RUE de l'Eperon 75006 Paris.
11. **Lansac J, Berger C, Magnin G.** Obstétrique pour le praticien 4^eme édition 1994 SIMEP .12 Rue de L'Eperon 75008 Paris.
12. **Rozenberg P, Lewin D, Philippe HJ.** Valeur prédictive de l'examen échographique du segment inférieur en cas d'utérus cicatriciel. Rech gynéco. 1990;2: 136_ 40.
13. **Wecksleir LN, Masserman SH, Garite TJ.** Placenta accret: a problem of increasing clinical significance. obstet Gynecol. 1986; 69: 480_ 2. J. Gynecol Obstet biol. Reprod; 1991; 20; 568-74.
14. **Bujold M.** Trial of labor in patients with a previous cesarean section: does maternal age influence the outcome? Am. J. Obstet. Gynecol., 2004, 190 : 1113-1118.

- 15. Diarra AK.** Epreuve utérine au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. [Thèse de médecine]. [Bamako-Mali] : FMOS ; 2013 ; 277 :111p.
- 16. Thoulon JM.** Les gestes interdits sur utérus cicatriciel gravide. Rév. Fr Gynéco_Obstét.1981;76; 135_ 39.
- 17. EspositoMA.** Increase risk of cesarean delivery with advancing maternal age indication and associated factors inn nulliparous women. J. Obstet. Gyndecol. 2001, 185(4) : 883-7
- 18. Fomba I.**Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de Dioila [Thèse de médecine]. [Bamako-Mali] : FMOS ; 2019 ; 416 :129p.
- 19. Koumaré Z.**Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. [Thèse de médecine]. [Bamako-Mali] : FMOS ; 2009 ; 135 : 99p.
- 20. Coulibaly M.** Etude de l'accouchement sur utérus cicatriciel dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du point G. [Thèse demédecine]. [Bamako-Mali] : FMOS ; 2009 ; '412 : 120p
- 21. Bengaly M.** Etude de l'accouchement sur utérus cicatriciel dans le service de gynéco obstétrique du CSRéf de Kati. [Thèse demédecine]. [Bamako-Mali] : FMOS ; 2014 ; 58 :125p.
- 22. De Brouwere V, Lerberghe VW.** Réduire les risques de maternité : Stratégies et évidence scientifique Studies in HSO et P.2001 ; 18 :480.
- 23. Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive.OMS-2017.
- 24. Boulanger JC.** Utérus cicatriciel et accouchement. Mises à jour en Gynécologie obstétrique, vigot Edit. Paris, 1984.
- 25. Brechon JM, Chavigne J.** Grossesse sur utérus cicatriciel. -Rev. Prat ; 1983, 33 : 140-144.
- 26. American College of Obstetricians and Gynecologists:**Mode of term single breech delivery. ACOG committee opinion number 265: Obstet. Gynecol; 2001; 98: 189-90.
- 27. Bulletin P.** Vaginal birth after previous caesarean delivery Int. J. Gynecol. Obstet; 1999; 66; 197-204.
- 28. Tshilombo KM, Mputul NL, Wolomby M, Tozin R, Yanga K.** Accouchement chez la gestante zairoise antérieurement césarisée analyse de 145 cas.
- 29. Mizunoya F, Nakata M, Kondo T.** Management of vaginal birth after cesarean. J. Obstet. Gynecol. Res ;2002 ; 28 (5) : 240-4.

- 30. Outifa M, Nejjar H, Tazi Z, El Amreni N, Belghiti L, Saadi N et Al.** Accouchement du siège sur utérus cicatriciel. Mar. Méd 1999 ; 21 (3) : 200-02.
- 31. Mouloud Z, Asmaa L, Mohamed SO.** Problématique de l'utérus cicatriciel au Maghreb : Quinzième Congrès International de Gynécologie Obstétrique et reproduction de la Côte d'Azur. Service de Gynécologie Obstétrique unité Hassiba Benbouali, Centre Hospitalo-Universitaire de Blida-Algérie Obstet gynecol Int.2016 ; J (4) : 00135.
- 32. Tahseen S, Griffiths M.** Vaginal birth after two caesarean sections (VBA-2): a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 Versus VBAC-1 and repeat (third) Caesarean sections, BJOG.2010; 117(1): 5-19.
- 33. Rezai S, Labine M, Gottimukkala S, Karp S, Sainvil L.** Trial of labor after cesarean (TOLAC) for vaginal birth after previous cesarean section (VBAC) versus repeat cesarean section: a Review. Obstet Gynecol Int.2016 ; J4(6) : 00135.
- 34. Sidibé B.** Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. [Thèse de médecine]. [Bamako-Mali] : FMOS ; 2010 ; 155 :85p.
- 35. Benzineb N, Bellasfar B, Bouguerra B, Amri MT, Sfar R.** Accouchement par voie basse après césarienne. A propos de 173 épreuves utérines. Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1998, 93, 4, 282-284.
- 36. De Saint Hilaire P, Gaucherand P, Bagou G, Rudiziz RC.** Grossesse et utérus cicatriciel. Encycl. médicaments Chir paris, Obstétrique 5-030-A-20,1992 :16.
- 37. Magnin G.** L'accouchement sur utérus cicatriciel, pratique de l'accouchement, paris, SIMEP, 2è éd, 1992 :154-8.
- 38. Barrat J, Mariat B.** Les utérus cicatriciels-Traité d'obstétrique, t.2 ; paris, Masson, 1985 :275-87.
- 39. Megafu U.** Hazard of delivery after two previous cesarean sections. Tropical J Obstet Gynecol 1998; 86-8.
- 40. Hamet TA, Gallais A, Garba M.** L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger : à propos de 590 cas. Med. D'Afr. Noire : février 2001, tome 48 (2) : 63-66.
- 41. Niambélé A.** Accouchement sur utérus cicatriciel au CSRéf de la commune II du district de Bamako. [Thèse de médecine]. [Bamako-Mali] : FMOS ; 2010 ; 350 : 111p.
- 42. Ba A.**Grossesse et accouchement sur utérus cicatriciel : à propos d'étude cas témoins. Thèse de médecine, Bamako, 2003N°72.
- 43. Mallé AB.** Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpitalNiamakoro Fomba de Ségou. [Thèse de médecine]. [Bamako-Mali] : FMOS ; 2012 ; 72 : 90p.

44. Traore Y, Teguate I, Dicko FT, Diallo A, Djiré MY, Sissoko A et al. 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

X. ANNEXES

Fiche d'enquête

Date:...../...../202.....

N°: ...

I Identification :

Q 1 : Age :.....ans

Q 2 : Ethnie :...../ /

1. Bambara 2. Peulh 3. Sonrhäï 4. Soninké 5. Malinké6. Bwa7. Senoufo 8. Autres

Q 3 : Statut matrimonial/ /

1. Mariée 2. Célibataire

Q 4 : Profession de la patiente :/ /

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

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

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

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

II- Antécédents de la patiente :

Antécédents obstétricaux :

Q 7 : Gestité (0-3)/ /

0 = G1 1 = G2-G3 2 = G4-G5 3 = G ≥ 6

Q 8 : Parité (0-3)/ /

0 = P1 1 = P2-P3 2 = P4-P5 3 = P ≥ 6.

Q 9 : Nombre d'enfants vivants (0-3)/ /

0 = Sans enfant vivant 1 = 1 2 = 2-5 3 = ≥ 6.

Q 10 : Nombre d'enfants décédés (0-3)/ /

0= 1 1= 2 à 5 2= ≥ 6 3= Aucun.

Q 11 : Nombre de morts nés (0-3)/ /

0= 1 1= 2 2 = > 2 3= Aucun.

Q 12 : Intervalle inter génésique (0-1)/ /

0 = < 2 ans 1 = ≥ 2 ans

Q 13 : Notion d'avortement (0-2)/ /

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

0 = Spontané 1 = Provoqué 2 = Aucun.

Q 14 : Dernier accouchement (0-2) / /

0 = Eutocique 1 = Dystocique 2 = Si 1 préciser

Antécédents médico-chirurgicaux :

Q 15 ATCD médicaux.....

Q 16 : Myomectomie (0-1) / /

0 = Oui 1 = Non

Q 17 : Cure de G E U (0-2) / /

0 = Oui 1 = Non 2=Si oui :Salpingectomie Totale ou Subtotale

Q 18 : Cure de prolapsus (0-2) / /

0 = Oui 1 = Non 2= Si Oui Voie Basse ou Voie Haute

Q 19 : ATCD de Rupture utérine (0-1) / /

0= Oui 1= NON

Q 20 : Cicatrice utérine de plastie tubaire (0-1) / /

0= Oui 1= Non

Q 21 : Césarienne (0-1) : / /

0 = Oui 1 = Non

Q 22 : Nombre de césarienne (0-3) / /

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

Q 23 : Indications de la césarienne (0-8) : / /

0 = Souffrance fœtale aiguë 1 = Gros fœtus 2 = Présentation dystocique

3 = Procidence du cordon 4 = Placenta prævia hémorragique 5 = Hématome rétro placentaire

6 = Dystocie cervicale 7=Syndrome de pré-rupture 8 = Autre

Q 24 : Type d'hystérotomie (0-2) / /

0 = Segmentaire transversale 1 = Longitudinale segmento-corporéale 2 = Corporéale.

Q 25 : Suites post-césarienne (0-2) : / /

0 = Simples 1 = Complicées 2 = Si 1 préciser

Q 26 : Mode d'admission (0-2) / /

0= Venue d'elle-même 1= Référé 2= Evacuée

Q 27 : Structure de référence (0-2) / /

0 = CSCOM 1 = Privée 2= Autres

Q 28 : Motif de référence (0-4) / /

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

0 = Hémorragie 1 = Non engagement à la dilatation complète 2 = Souffrance fœtale aiguë

3 = Dilatation stationnaire 4 = Autre à préciser

Q 29 : Moyens référence (0-3) /

0 = Ambulance 1 = Taxi 2 = Voiture personnelle 3 = Autre

Q 30 : Support de référence (0-2) / /

0 = Partogramme 1 = Fiche de référence 2 = Autre

Q 31 : Qualité de l'agent (0-3) / /

0 = Médecin 1 = Sage-femme 2 = I-O 3 = Autre

IV- Examen clinique à l'admission :

Q32 : Epreuve utérine (0-1) / /

0=Spontanée 1= Déclenchée

Q33 : Travail sur utérus multi-cicatriciel (0-2) / /

0= Oui 1=NON 2= Si oui Nbre

Q 34 : Température maternelle (0-3) / /

0 = Inférieur à 37°C 1 = Entre 37 et 37,5°C 2 = Entre 37,5-38°C 3 = Plus de 38°C

Q 35 : Conjonctives (0-2) / /

0 = Bien colorées 1 = Moyennement colorées 2 = Pâles

Q 36 : Hauteur utérine (0-2) / /

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

Q 37 : Terme de la grossesse (0-2) / /

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

Q 38 : La fréquence des BDCF (0-3) / /

0 = BDCF absents 1 = < 120bat/min 2 = Entre 120-160bat/min

3 = > 160bat/min

Q 39 : Contractions utérines (0-3) / /

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

Q 40 : Poche des eaux (0-1) / /

0 = Intacte 1 = Rompue

Q 41 : Type de rupture des membranes (0-2) / /

0 = RPM 1 = RSM 2 = RAM

Q 42 : Aspect du liquide amniotique (0-4) / /

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

Q 43 : Type de présentation (0-3) / /

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

0 = Céphalique 1 = Siège 2 = Transversal 3 = Autre

Q 44 : Hémorragie (0-1) / /

0 = Oui 1 = Non

Q 45 : Dilatation du col (0-1) / /

0 = Phase de latence 1 = Phase active

Q 46 : Bassin (0-3) / /

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

Q 47 : Consultation prénatale (0-1) / /

0 = Oui 1 = Non

Q 48 : Lieu de CPN (0-2) / /

0 = CSCom 1 = CSRéf 2 = Autre

Q 49 : Nombre de CPN (0-2) / /

0 = 0 1 = (1 à 3) 2 = (4 ou plus)

Q 50 : Période de la première CPN (0-2) / /

0 = 1er trimestre 1 = 2ième trimestre 2 = 3ième trimestre

Q 51 : Qualification agent CPN (0-3) / /

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

Q52 : A l'issu des CPN (0-2) / /

0 = Césarienne Prophylactique 1 = Epreuve utérine 2 = Aucune préconisation

V Voie d'accouchement :

Q 53 : Césarienne (0-1) / /

0 = D'emblée 1 = Après épreuve utérine

Q 54 : Indication de la césarienne (Préciser))

Q 55 : Etat utérus à la laparotomie (Préciser))

Q 56 : Voie basse (0-1) / /

0 = Oui 1 = Non

Q 57 : Type d'expulsion (0-2) / /

0 = OP 1 = OS 2 = Autre à préciser

Q 58 : Forceps (0-2) / /

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

Q 59 : Ventouse (0-2) / /

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

VI- La délivrance

Q 60 : Type de délivrance (0-3) / /

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

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

Q 61 : Rétention placentaire (0-1) / /

0 = Oui 1 = Non

Q62 : Etat de l'utérus après délivrance (0-1) / /

0 = Globe de sécurité bien formé 1 = utérus mou

Q 63 : Hémorragie de la délivrance (0-1) / /

0 = Oui 1 = Non

Q 64 : Révision utérine après voie basse (0-1) / /

0 = Faite 1 = Non faite

Q65 : Résultat de la révision utérine (0-1) / /

0 = utérus intact 1 = Déhiscence de cicatrice

VII- Etat de la mère après l'accouchement

Q 66 : Vivante (0-2) / /

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

Q 67 : Décédé (0-2) / /

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

VIII- Etat du nouveau-né

Q 68 : Vivant (0-2) / /

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

Q 69 : Poids (0-2) / /

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

Q 70 : La taille (0-1) / /

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

Q 71 : Apgar (0-1) / /

0 = < 8 à la 1ère min 1 = Entre 8-10 à la 1ère min

Q 72 : Etat général du nouveau-né (0-3) / /

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

FICHE SIGNALITIQUE :

Nom : BAYA

Prénom : Koni

Email : konibaya9499@gmail.com

Titre : Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako

Année universitaire : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali (Fangasso)

Téléphone : 78979972/62339499

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Secteur d'étude : Gynécologie-Obstétrique

RESUME

Introduction : Notre étude avait pour but d'étudier les accouchements sur utérus cicatriciel au Centre Santé de Référence de la Commune VI (CSRéf-CVI) du district de Bamako

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

Les deux dernières décennies ont coïncidé avec une augmentation rapide du taux de césarienne dans la plupart des pays, y compris ceux en développement.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale et analytique avec collecte prospective des données qui s'est étalée sur une période de 6 mois allant du 1er janvier 2022 au 30 juin 2022. Notre étude s'est réalisée dans le service gynéco-obstétrique au CS Réf CVI du district de Bamako.

Résultats : Durant notre étude allant du 1er janvier au 30 juin 2022, sur les 6347 accouchements sur utérus cicatriciel, 710 cas ont été recensés à la maternité du CSRéf de la commune VI du district de Bamako soit une prévalence de 11,2%.

Le nombre de cicatrice variait entre 1 et 4. La césarienne était la principale cause de cicatrice utérine dans 97% des cas.

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune VI

Dans 82,7% des cas, l'accouchement s'est fait par césarienne et dans 17,3% des cas par voie basse.

Dans notre série, la césarienne (prophylactique ou d'urgence) était réalisée dans les situations suivantes sur cicatrice utérine : bassin cliniquement chirurgical, présentation de siège, grossesse gémellaire, macrosomie).

L'épreuve utérine a été réalisée dans 28,2% des cas (200/710) pour lesquelles 61,5% ont accouché par voie basse contre 38,5% par voie haute par suite d'échec de l'épreuve utérine.

Conclusion : La rupture utérine est une complication majeure avec un taux de mortalité non négligeable et un pronostic catastrophique.

La CPN est primordiale en cas de grossesse sur utérus cicatriciel, elle permet de traiter précocement les morbidités materno-fœtales associées à l'utérus cicatriciel.

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

Summary

Objective: Our study was for the purpose of TUDIEN Northern on the charring at the National Reference Center of the municipality VI (Csréf-Cvi) of Bamako District

Introduction: Maternity without risk is the major challenge of any action to improve maternal and child health that is one of today's priorities.

The last two decades coincided with a rapid increase in the caesarean levels in most countries, including those in development.

Material and methods: This was a cross-sectional and analytical study with prospective collection of data that has spread over a 6-month period from 1 January 2022 to 30 June 2022. Our study was carried out in the Gyneco-Obstetric Service at CS RefC. Vi.

Results: During our study from January 1st to June 30th 2022, on the 6347 Candier's candle delivery, 710 cases were identified with the maternity of Csréf of the town VI of Bamako District. A prevalence of 11.2%.

The number of scars varied between 1 and 4. Caesarean was the main cause of uterine scar in 97% of cases.

In 82.7% of cases, childbirth was done by Caesarean and in 17.3% of cases low.

In our series, the Caesarean (prophylactic or emergency) was carried out in the following situations on uterine scar: clinically surgical basin, seat presentation, gemlar pregnancy, macrosomie).

The uterine event was carried out in 28.2% of cases (200/710) for which 61.5% have given rise against 38.5% by high resolution as a result of uterine test failure.

Conclusion: The uterine break is a major complication with a significant mortality rate and a catastrophic prognosis.

The NPC is essential in case of pregnancy on scarred uterus, it makes it possible to treat the morbid maternal-Fetal associated with the scarred uterus.

Keywords: Non-cherry, scarce uterine, uterine, cesarean

Serment d'Hippocrate :

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure. !