

Ministère de l'Enseignement Supérieur

Et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi



Université des Sciences Techniques
Et Technologie de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire : 2015-2016

Thèse N°..... 909

THEME

ETUDE COMPARATIVE DE LA REVISION UTERINE SYSTEMATIQUE
OU NON APRES UN ACCOUCHEMENT VAGINAL SUR
UTERUS CICATRICIEL

THESE

Présentée et soutenue le 11/11/2016 devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto- Stomatologie

Par M. Sékou Modibo Sissoko

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

Jury :

Président du jury :	Professeur Salif Diakité
Membre du jury :	Docteur Soumana Oumar Traore
Codirecteur de thèse :	Docteur Tioukani Augustin Théra
Directeur de thèse :	Professeur Issa Diarra

Ministère de l'Enseignement Supérieur

République du Mali

Et de la Recherche Scientifique

Un Peuple - Un But - Une Foi



Université des Sciences Techniques
Et Technologie de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire : 2015-2016

Thèse N°..... 909

THEME

ETUDE COMPARATIVE DE LA REVISION UTERINE SYSTEMATIQUE
OU NON APRES UN ACCOUCHEMENT VAGINAL SUR
UTERUS CICATRICIEL

THESE

Présentée et soutenue le 11/11/2016 devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto- Stomatologie

Par M. Sékou Modibo Sissoko

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

Jury :

Président du jury :	Professeur Salif Diakité
Membre du jury :	Docteur Soumana Oumar Traore
Codirecteur de thèse :	Docteur Tioukani Augustin Théra
Directeur de thèse :	Professeur Issa Diarra

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 – 2016

ADMINISTRATION

DOYEN : Seydou DOUMBIA - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : Ousmane FAYE - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL : Modibo Sangaré- ASSISTANT
AGENT COMPTABLE : Monsieur Harouna SIDIBE – INSPECTEUR DU TRESOR

LES PROFESSEURS A LA RETRAITE

Mr Yaya FOFANA
Mr Mamadou L. TRAORE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamadou KOUMARE
Mr Ali Nouhoum DIALLO
Mr Aly GUINDO
Mr Mamadou M. KEITA
Mr Siné BAYO
Mr Sidi Yaya SIMAGA
Mr Abdoulaye Ag RHALY
Mr Boukassoum HAIDARA
Mr Boubacar Sidiki CISSE
Mr Massa SANOGO
Mr Sambou SOUMARE
Mr Sanoussi KONATE
Mr Abdou Alassane TOURE
Mr Daouda DIALLO
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou K. TOURE
Mme SY Assitan SOW
Mr Salif DIAKITE
Mr Abdourahmane S. MAIGA
Mr Abdel Karim KOUMARE
Mr Amadou DIALLO
Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mr Kalilou OUATTARA
Mr Amadou DOLO
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tiémoko D. COULIBALY
Mr Baba KOUMARE
Mr Bouba DIARRA
Mr Bréhima KOUMARE
Mr Toumani SIDIBE
Mr Souleymane DIALLO
Mr Bakoreba COULIBALY
Mr Seydou DIAKITE
Mr Amadou TOURE

Hématologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacognosie
Médecine interne
Gastro-Entérologie
Pédiatrie
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Santé Publique
Médecine Interne
Législation
Toxicologie
Chimie Analytique
Chirurgie Générale
Santé Publique
Orthopédie - Traumatologie
Chimie Générale & Minérale
Radiologie
Cardiologie
Gynéco-Obstétrique
Gynéco-Obstétrique
Parasitologie
Chirurgie Générale
Zoologie - Biologie
Stomatologie
Urologie
Gynéco Obstétrique
Ophtalmologie
Odontologie
Psychiatrie
Bactériologie
Bactériologie – Virologie
Pédiatrie
Pneumologie
Psychiatrie
Cardiologie
Histoembryologie

LES ENSEIGNANTS DECEDES

Mr Alou BA
Mr Bocar SALL
Mr Balla COULIBALY
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP
Mr Moussa TRAORE
Mr Yénimégué Albert DEMBELET
Mr Anatole TOUNKARA †
Mr Bou DIAKITE
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO
Mr Modibo SISSOKO

Ophtalmologie (DCD)
Orthopédie Traumatologie - Secourisme (DCD)
Pédiatrie (DCD)
Chirurgie Générale (DCD)
Neurologie (DCD)
Chimie Organique (DCD)
Immunologie (DCD)
Psychiatrie (DCD)
Pneumologie (DCD)
Psychiatrie (DCD)

Mr Ibrahim ALWATA
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Bouraïma MAIGA

Orthopédie – Traumatologie (DCD)
ORL (DCD)
Gynéco/Obstétrique (DCD)

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.I.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Samba Karim TIMBO	ORL, Chef de D.E.R
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Lamine TRAORÉ ²	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie

Mme Fatoumata SYLLA
 Mme Kadiatou SINGARE
 Mr Nouhoum DIANI
 Mr Aladji Seïdou DEMBELE
 Mr Lamine Mamadou DIAKITE
 Mme Fadima Koréissy TALL
 Mr Seydou TOGO
 Mr Tioukany THERA
 Mr Boubacar BA
 Mme Assiatou SIMAGA
 Mr Seydou BAKAYOKO
 Mr Sidi Mohamed COULIBALY
 Mr Adama GUINDO
 Mme Fatimata KONANDJI
 Mr Hamidou Baba SACKO
 Mr Siaka SOUMAORO
 Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE
 Mr Koniba KEITA
 Mr Sidiki KEITA
 Mr Soumaïla KEITA

Ophthalmologie
 ORL-Rhino-Laryngologie
 Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Urologie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
 Gynécologie
 Odontostomatologie
 Ophthalmologie
 Ophthalmologie
 Ophthalmologie
 Ophthalmologie
 ORL
 ORL
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale

4. ASSISTANTS

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Ogobara DOUMBO
 Mr Adama DIARRA
 Mr Sékou F.M. TRAORE
 Mr Ibrahim I. MAÏGA
 Mr Cheick Bougadari TRAORE
 Mr Ycya Tiémoko TOURE

Parasitologie – Mycologie
 Physiologie
 Entomologie Médicale
 Bactériologie – Virologie
 Anatomie-Pathologie **Chef de DER**
 Entomologie Médicale, Biologie cellulaire,
 Génétique

2. MAITRES DE CONFÉRENCES

Mr Mahamadou A. THERA
 Mr Djibril SANGARE
 Mr Guimogo DOLO
 Mr Bokary Y. SACKO
 Mr Bakarou KAMATE
 Mr Bakary MAÏGA

Parasitologie -Mycologie
 Entomologie Moléculaire Médicale
 Entomologie Moléculaire Médicale
 Biochimie
 Anatomie Pathologie
 Immunologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Abdoulaye KONE
 Mme Safiatou NIARE
 Mr Sanoou Kho COULIBALY
 Mr Mamoudou MAÏGA
 Mr Sidi Boula SISSOKO
 Mr Bréhima DIAKITE
 Mr Yaya KASSOGUE

Parasitologie - Mycologie
 Parasitologie - Mycologie
 Toxicologie
 Bactériologie-Virologie
 Histologie embryologie et cytogénétique
 Génétique et Pathologie Moléculaire
 Génétique et Pathologie Moléculaire

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA
 Mr Moussa FANE
 Mr Hama Abdoulaye DIALLO
 Mr Harouna BAMBA
 Mr Bamodi SIMAGA
 Mr Aboubacar Alassane Oumar
 Mr Moussa KEITA

Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
 Parasitologie Entomologie
 Immunologie
 Anatomie Pathologie
 Physiologie
 Pharmacologie
 Entomologie Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubakar DIALLO
Mr Mamady KANE
Mr Adama D. KEITA
Mr Sounkalo DAO
Mr Siaka SIDIBE
Mr Boubacar TOGO
Mr Saharé FONGORO
Mr Mahamane Halidou MAIGA

Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie – Hépatologie
Dermato-Léprologie
Cardiologie
Radiologie
Radiologie
Maladies Infectieuses **Chef de DER**
Radiologie
Pédiatrie
Néphrologie
Néphrologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mme Mariam SYLLA
Mr Daouda K. MINTA
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa Ah. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Moussa T. DIARRA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Cheick Oumar GUINTO
Mr Anselme KONATE
Mr Kassoum SANOGO
Mr Arouna TOGORA
Mr Souleymane COULIBALY
Mme KAYA Assétou SOUCKO
Mme Fatournata DICKO
Mr Ousmane FAYE
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
Mr Yacouba TOLOBA
Mr Japhet Pobanou THERA
Mr Ilo Bella DIALLO
Mr Ichaka MENTA
Mr Abdoul Aziz DIAKITE
Mr Mahamadou DIALLO

Médecine Interne
Médecine Interne
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Pédiatrie
Maladies Infectieuses
Radiologie
Rhumatologie/Dermatologie
Cardiologie
Hépatogastro-entérologie
Dermatologie
Neurologie
Hépatogastro-entérologie
Cardiologie
Psychiatrie
Psychologie
Médecine Interne
Pédiatrie
Dermatologie
Neurologie
Pneumo-phtisiologie
Médecine Légale/Ophthalmologie
Cardiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiodiagnostic imagerie médicale

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadoun GUINDO
Mr Boubacar DIALLO
Mr Adama Aguisa DICKO
Mr Salia COULIBALY
Mr Souleymane COULIBALY

Radiologie
Médecine Interne
Dermatologie
Radiologie
Cardiologie

4. ASSISTANTS

Mr Drissa TRAORE
Mr Boubacari Ali TOURE
Mr Issa KONATE

Anatomie
Hématologie
Maladies Infectieuses et Tropicales

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Seydou DOUMBIA
Mr Hamadou SANGHO

Epidémiologie
Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Cheick Oumar BAGAYOKO

Informatique Médicale

Mr Mamadou Souncale TRAORE
Mr Jean TESTA
Mr Massambou SACKO
Mr Samba DIOP
Mr Adama DIAWARA

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Anthropologie Médicale
Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Hammadoun Aly SANGO
Mr Ousmane LY
Mr Oumar THIERO

Santé Publique
Santé Publique
Biostatistique/Bioinformatique

4. ASSISTANTS

Mr Seydou DIARRA
Mr Abdrahamane ANNE
Mr Abdrahamane COULIBALY
Mr. Modibo SANGARE

Anthropologie Médicale
Bibliothéconomie-Bibliographie
Anthropologie médicale
Pédagogie en Anglais adapté à la recherche biomédicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Souleymane GUINDO
Mr Modibo DIARRA
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA
Mr Cheick O. DIAWARA
Mr Ahmed BAH
Mr Mody A CAMARA
Mr Bougadary
Mr Jean Paul DEMBELE
Mr Rouillah DIAKITE
Mme Djénéba DIALLO
Mr Alou DIARRA
Mr Ousseynou DIAWARA
Mme Assétou FOFANA
Mr Seydou GUEYE
Mr Abdoulaye KALLE
Mr Amsalah NIANG
Mr Mamadou KAREMBE
Mme Fatouma Sirifi GUINDO
Mr Alassane PEROU
Mme Kadidia TOURE
Mr Oumar WANE

Gestion
Nutrition
Hygiène du Milieu
Bibliographie
Chirurgie dentaire
Radiologie
Prothèse scellée
Maladies infectieuses
Biophysique et Médecine Nucléaire
Néphrologie
Cardiologie
Parodontologie
Maladies infectieuses
Chirurgie buccale
Gastroentérologie
Odonto-Préventive et sociale
Neurologie
Médecine de Famille
Radiologie
Médecine dentaire
Chirurgie dentaire

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE

Physiologie

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES:

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

- **A mon papa Modibo Lamine Sissoko**

Que te dire papa sinon merci, merci pour ton amour, ton soutien, ta présence indéniable à mes côtés .Ce travail est ton œuvre et que le Seigneur t'accorde paix, santé et surtout longévité.
Que Dieu le tout puissant te garde près de nous !

- **A mes mamans : feu Nafissa Diallo et feu Oumou Koné**

Les mots me manquent pour exprimer tout ce que je ressens. J'aurai voulu que vous soyez là aujourd'hui pour partager le couronnement de vos sacrifices consentis. C'est l'occasion pour moi de me prosterner devant vos mémoires et de dire merci pour tous ce que vous avez fait pour nous, et que vos âmes reposent en paix!

- **A mes oncles et tantes**

Vos soutiens et vos conseils n'ont jamais fait défaut, qu'ALLAH vous donne longue vie.

REMERCIEMENTS :

- **Au chef de service du CSREF de la CV**

- **A mes maitres formateurs** : Dr Oumar M Traore, Dr Soumana O Traore, Dr Silimana Fanta Coulibaly, Dr Hamady Sissoko, Dr Albachar Dicko, Dr Daouda Camara. Merci chers maitres pour vos enseignements de qualités et vos conseils qui nous accompagneront durant toute notre carrière. Recevez chers maitres l'expression de notre profonde gratitude.

- **A mes sœurs et frères** : précisément à ma petite sœur feu Ramata Sissoko qui m'a beaucoup aidé .Que Dieu le tout puissant t'accorde le paradis Amen ; Batoma Sissoko, Abdoulaye Sissoko, Djigui Sissoko, Lassana Sissoko, Mahamadou Sissoko, Adama Sissoko, Awa Sissoko, Didy Aminata Sissoko et tous les autres frères sans oublier mes nièces Awa Sissoko , Aminata Sissoko et Mariam Coulibaly (Mamijo) . Merci pour vos soutiens et vos encouragements.

- **A mes amis(es)** : Très chers amis(es) de tous les moments surtout difficiles, vous m'avez beaucoup aidé dans l'élaboration de ce document je vous remercie amicalement pour tout ce que vous avez fait pour moi.

- **A mes amis internes et médecins** : Belco Tamboura, Alassane Diakité, Idrissa Dangnogo, Harouna Diane, Boubacar Didiky Dembélé, Adama Traore, Bamoye Daou Amadou Coulibaly, Elisabeth Diarra, Michel Sossa, Oumar Kokena, Babou Traore, Marou Coulibaly et équipe Jean Sanogo équipe, Luc

Témbély et équipe, Chaca Doumbia et équipe vous avez été plus que des collègues de travail pour moi. Recevez chers amis mes meilleures salutations.

- **A mon équipe de gardes:** Harouna Dembélé, Ibrahim Traore, Salamata Maiga, Sékou Tangara, Madina Gaoussou Kounta et tous les autres externes, élèves sage-femmes merci pour votre respect, considération et surtout de collaboration.

- Au personnel du cabinet Fakoly.

- Aux étudiants des différentes équipes de gardes vous avez été des amis pour moi.

- Aux sages-femmes et infirmières du CS REF CV

- Aux enseignants de la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontostomatologie.

**HOMMAGES PARTICULIERS
AUX HONORABLES MEMBRES
DU JURY**

A NOTRE MAITRE PRESIDENT DU JURY

Pr Salif Diakité

- ***Professeur titulaire honoraire de gynécologie
obstétrique à la FMOS***

CHER MAITRE

Honorable Maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre humilité, votre simplicité, et surtout votre sens élevé du devoir nous imposent l'estime et l'admiration.

Trouvez ici, cher maître l'expression de notre profond respect et de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Pr Issa Diarra

- ***Colonel Major de l'Armée Maliennne***
- ***Maitre de Conférence en Gynéco-Obstétrique à la FMOS***
- ***Ancien Directeur Central du Service de Santé des Armées***
- ***Ancien Haut Fonctionnaire de Défense au Ministère de la Santé***
- ***Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé du Mali***
- ***Chef du Département de Gynécologie Obstétrique du CHU Mère-Enfant de Luxembourg***

CHER MAITRE

C'est avec plaisir et spontanéité que vous avez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Les mots nous manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de vous.

Tout au long de ce travail vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que vos qualités humaines.

Votre éloquence dans l'enseignement, votre souci constant du travail bien fait, votre respect de la personne humaine ont fait de vous un maitre admirable.

Recevez ici cher maitre l'expression de nos salutations les plus respectueuses et de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Dr Tioukani Augustin Théra

- Maitre-Assistant de Gynéco-Obstétrique à la FMOS

-Chef de Service de Gynéco-Obstétrique du CHU du Point-G

CHER MAITRE

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de codiriger cette thèse. Nous avons bénéficié de votre encadrement en gynéco-obstétrique. En plus de vos qualités scientifiques, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines et sociales.

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

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux, que le Tout puissant vous donne plus de force et plus de courage pour l'encadrement des étudiants.

Amen !

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Dr Soumana Oumar Traore

- *Maitre-Assistant de Gynéco-Obstétrique à la FMOS*

CHER MAITRE,

Honorable maître, nous avons été sensibles à la spontanéité par laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Cela témoigne vos immenses qualités humaines et scientifiques. Vos remarques ont été appréciées à leur juste valeur et ont contribué à améliorer la qualité de ce travail. Merci d'avoir accepté de siéger à ce jury malgré vos multiples occupations.

Osez croire, cher maître à l'expression de notre haute considération.

Liste des sigles et abréviations

- APGAR** : Apparence Pouls Grimace Activité Respiratoire
- ATCD** : Antécédent
- BDCF** : Bruit du cœur foetal
- BGR** : Bassin généralement rétréci
- CHU GT** : Centre Hospitalier et Universitaire Gabriel Toure
- CHU PG** : Centre Hospitalier et Universitaire du Point G
- CHU** : Centre Hospitalier et Universitaire
- CNTS** : Centre National de Transfusion Sanguine
- CPN** : Consultation Prénatale
- CS Com** : Centre de santé communautaire
- CS Com** : Centre de santé communautaire
- CS Réf CII** : Centre de sante de référence de le commune II
- CS Réf CV**:Centre de santé de référence de la commune V
- DDR** : Date des Dernières Règles
- DES** : Diplôme d'études spécialisées
- DFP**: Disproportion Foeto -Pelvienne
- Ef** : Effectif
- FFI** :Faisant Fonction d'Interne
- FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie
- GATPA** : Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement
- GESTA**:Gestion du Travail et de l'Accouchement
- HIV**: Human Immunodeficiency Virus
- HRP**: Hématome retro placentaire
- HTA** : Hypertension artérielle
- HU** : Hauteur utérine
- IIG** : Intervalle intergénésiq
- IOTA** : Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique
- IST** : Infection sexuellement transmissible
- IVG** : Interruption volontaire de la grossesse
- jrs** : jours
- Km²** : Kilo mètre carré
- LRT** : Ligature Résection des Trompes
- MAF** : Mouvement actif du foetus

MFIU : Mort foetale in utero

min : minute

PDE : Poche des eaux

PF : Planning Familial

PN : Poids de naissance

PP : Placenta Prævia

Puls/mn : Pulsation par minute

RPM : Rupture prématurée des membranes

SA : Semaine d'Aménorrhée

SFA : Souffrance foetale aiguë

SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie Obstétrique

SPss: Statistical Package for the Social Science

TA : Tension artérielle

UC : Utérus cicatriciel

UI : Unité internationale

SOMMAIRE :

I. INTRODUCTION	-----1
II. OBJECTIFS	-----5
III. GENERALITES	-----7
IV. METHODOLOGIE	-----39
V. RESULTATS	-----51
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	----66
CONCLUSION	-----73
RECOMMANDATIONS	-----75
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	---77
ANNEXES	-----83

I. INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

L'épreuve utérine est une tentative d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel.

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 aujourd'hui de nombreux gouvernements [1].

La conduite à tenir devant un utérus cicatriciel est l'un des sujets les plus débattus en obstétrique moderne, du fait de l'augmentation considérable des taux d'accouchements par césarienne [2,3,4].

Les deux dernières décennies ont coïncidé avec une augmentation rapide des taux de césarienne dans la plupart des pays, y compris ceux en développement. Ainsi l'obstétricien se trouve de plus en plus confronté au problème de l'accouchement sur utérus cicatriciel [5].

La survenue d'une grossesse sur un utérus cicatriciel se caractérise par son incidence élevée, ses complications multiples, son taux encore significativement important de morbidité et de mortalité materno-foetale. Parmi les complications on peut citer les dystocies dynamiques, les hémorragies de la délivrance par la présence d'un placenta prævia ou accréta, la déhiscence de la cicatrice utérine et la rupture utérine [6].

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 par contre ont plutôt peur d'en avoir à nouveau, se souvenant « *du terrible épisode* ». Cette anxiété vécue pendant tout le temps de la grossesse suivante ne s'estompera qu'après un accouchement sans complications, que celui-ci soit par voie basse ou haute. La femme aura alors confiance et assumera ses prochaines grossesses tout en suivant les conseils de l'obstétricien [7].

La grossesse et l'accouchement des patientes porteuses d'un utérus cicatriciel, grand pourvoyeur des ruptures utérines, sont donc considérés à haut risque, surtout dans les pays en voie de développement, où la tocographie et le monitoring fœtal manquent, où les radiopelvimétries font souvent défaut, où les indications des précédentes césariennes, le type d'incision utérine, les suites post opératoires sont le plus souvent inconnus [8].

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 [7].

L'accouchement après césarienne est une éventualité de plus en plus fréquente en raison de l'augmentation des taux de césarienne [9].

L'évolution de l'obstétrique a permis d'aboutir à une conduite actuellement beaucoup plus nuancée : l'accouchement par les voies naturelles après une césarienne peut être proposé sans toutefois aggraver le pronostic de la mère ou de son enfant au contraire [9].

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 chez les anciennes césarisées en termes de mortalité, morbidité et d'économie de santé. Mais la nécessité d'une surveillance électronique, cardiotocographique au cours du travail a pendant longtemps limité l'utilisation de l'épreuve utérine dans la pratique obstétricale africaine [5].

La crainte d'une rupture utérine asymptomatique après accouchement par voie basse a conduit à la pratique de la révision utérine manuelle de la cicatrice utérine.

Le caractère systématique de la révision utérine est actuellement contesté du fait de sa faible utilité diagnostique, et son risque traumatique et infectieux.

Plusieurs auteurs concluent que la révision utérine ne doit pas être systématique, mais réservée aux parturientes symptomatiques [6, 10,11].

Notre étude consiste à recueillir des informations au centre de sante de référence de la commune II et au centre de santé de référence de le commune V à but analytique pour voir la nécessité de faire encore une révision utérine systématique après un accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel pendant une période allant du 1^e janvier au 31 décembre 2014.

II. LES OBJECTIFS

II. LES OBJECTIFS :

Objectif général :

Evaluer la nécessité de la révision utérine après un accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel aux centres de santé de référence des communes II et V du District de Bamako.

Objectifs Spécifiques :

- Comparer la fréquence des accouchements par voie basse sur utérus cicatriciel des deux communes.
- Déterminer le profil socio-démographique des patientes dans les deux communes.
- Déterminer la fréquence de la révision utérine après un accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel dans les deux communes.
- Comparer le pronostic maternel des deux communes après un accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel.
- Formuler des recommandations.

III. LES GENERALITES

III. LES GENERALITES :

1. 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 à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme. Cette définition exclut les cicatrices uniquement séreuses ou muqueuses comme on peut les rencontrer lors de certaines myomectomies pour myomes sous-séreux, de cure de synéchies ou de résection de polypes per-hystéroscopique sans effraction du myomètre [12].

L'épreuve utérine est un essai d'accouchement par voie basse sur un utérus cicatriciel

2. Utérus gravide :

2.1. Les modifications anatomiques de l'utérus liées à la grossesse :[13,12]

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

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

2.1.1. Le corps de l'utérus :

a) Anatomie macroscopique :

Sur le plan macroscopique on note :

- Une augmentation progressive du volume, augmentation plus marquée au fur et à mesure que la grossesse avance. L'utérus devient ovoïde par la suite avec une extrémité qui devient grosse vers la vingtième semaine. Ainsi les dimensions suivantes peuvent être considérées.

	Dimensions	
	Hauteur	Largeur
Utérus non gravide	6-8cm	4-5cm
A la fin du 3 ^{eme} mois	13cm	10cm
A la fin du 6 ^{eme} mois	24cm	16cm
A terme	32	22cm

- Une augmentation du poids de l'utérus qui fait que ce dernier peut passer de 50 grammes (utérus non gravide) à 900 voire 1200 grammes (utérus à terme).

La capacité de 2 à 3 ml pour l'utérus non gravide passe à 4-5 litres pour l'utérus à terme.

- L'épaisseur des parois s'hypertrophie, puis s'amincit progressivement en proportion avec la distension de l'organe. A terme, l'épaisseur est de 8 à 10mm au niveau du fond utérin, de 5 à 7 mm au niveau du corps.

- La consistance de l'utérus non gravide est ferme. Pendant la grossesse l'utérus se ramollit.

- La position pelvienne pendant les premières semaines de la grossesse change progressivement. Le fonds utérin déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du 2^e mois, puis l'utérus se développe dans l'abdomen pour atteindre, à terme, l'appendice xiphoïde.

- L'antéversion utérine est conservée ou même accentuée au début de la grossesse, l'utérus s'élève dans l'abdomen derrière la paroi abdominale antérieure.

A terme, la direction de l'utérus dans le sens antéro-postérieur dépend de l'état de la paroi abdominale.

Sur le plan frontal le grand axe utérin s'incline en général du côté droit, plus rarement du côté gauche.

L'utérus subit un mouvement de rotation sur son axe vertical de gauche à droite. Cette rotation oriente la face antérieure de l'utérus en avant et à droite.

- Les rapports de l'utérus au début de la grossesse sont les mêmes qu'en dehors de celle-ci. A terme, l'utérus est abdominal. Ainsi :

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

En arrière, l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte avec les muscles psoas croisés par les uretères et une partie des anses grêles;

En haut, le fonds utérin soulève le côlon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut entrer en rapport avec les fausses côtes.

A droite, il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire ;

Le bord droit regarde en arrière, il entre en contact avec le cæcum et le côlon ascendant ; Le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et en arrière au côlon descendant.

b) Structure :

La séreuse :

Elle s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle. Elle adhère intimement à la musculuse du corps, alors qu'elle se clive facilement du segment inférieur. La ligne de démarcation entre ces deux régions est appelée ligne de solide attache du péritoine.

La musculuse :

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

L'utérus distendu est formé par une cinquantaine de couches de faisceaux circulaires formant des plans superposés, qui sont répartis en deux assises de faisceaux circulaires superposés externe et interne. Elle forme 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 grévide tient à la fois à l'hypertrophie de ses fibres musculaires, à l'apparition des fibres néoformées, à la transformation musculaire de fibres conjonctives du chorion de la musculuse.

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

La muqueuse :

Dès l'implantation, la muqueuse se transforme en caduque. Au cours des quatre premiers mois, la muqueuse s'hypertrophie au point d'atteindre 1cm d'épaisseur. On y retrouve deux couches :

Une couche superficielle qui sera caduque,

Une couche profonde et spongieuse qui servira après l'accouchement à la régénération de la muqueuse [12].

2.1.2. Le Segment inférieur :

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

Le segment inférieur est une entité anatomique et physiologique qu'acquiert l'utérus gravide au cours de la gestation. Sa minceur, sa moindre richesse en vaisseaux sanguins, en font une région de choix non seulement pour l'incision au cours des césariennes, mais encore pour les ruptures utérines.

a) Anatomie macroscopique :

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

Situation : Il occupe, au-dessus du col, le tiers inférieur de l'utérus.

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.

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

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

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

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

Rapports :

En avant : Le segment inférieur est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décollable, alors qu'il adhère au corps. Cette disposition permet de réaliser une bonne protection péritonéale de la cicatrice utérine dans la césarienne segmentaire.

Le péritoine, après avoir formé le cul-de-sac vésico-utérin, tapisse la face postéro-supérieure de la vessie, puis devient pariétale, doublant la paroi abdominale antérieure.

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

La vessie ascensionne généralement en fin de gestation. Par ailleurs, des 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 favorise donc l'exposition du pédicule utérin gauche face aux lésions des ruptures utérines et au cours des césariennes transversales.

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

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.

On note l'existence du fascia pré-segmentaire qui est une lame fibreuse, solide d'aspect nacré, bien apparente sous le péritoine pré segmentaire. Il est solidaire de la musculature de laquelle sa dissociation est hémorragique.

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

Du point de vue physiologique, c'est un organe passif se laissant distendre et qui achemine les contractions du corps vers le col. Il épouse la présentation dans 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 C'est le lieu de prédilection pour les ruptures utérines, et, le point d'insertion des placentas prævia.

La solidité de la cicatrice segmentaire de césarienne est liée principalement à la suture simultanée du fascia pré-segmentaire et de la musculuse en un plan. En effet, le fascia soulage la musculuse des tiraillements dus aux contractions utérines [13].

2.1.3. 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 qu'on le perçoit vers le sacrum.

De consistance ferme, 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 survient la maturation dont la résultante est une augmentation de la compliance du col qui peut alors se laisser distendre. Au moment du travail, sous l'effet des contractions utérines, le canal cervical s'efface progressivement[13].

2.2. Vascularisation de l'utérus gravide :

2.2.1. 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 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.

2.2.2. 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.

2.2.3. Les lymphatiques :

Nombreux et hypertrophiés, ils forment trois réseaux communiquant largement entre eux. Ce sont les réseaux : muqueux, musculaire et sous-séreux.

2.3. Innervation de l'utérus gravide :

Deux systèmes sont en jeu :

2.3.1. 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-pelvien.

2.3.2. Le système extrinsèque :

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

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

Parmi les multiples rameaux émanant des plexus hypogastriques inférieurs, on ne retiendra que les nerfs de l'utérus, abordant l'organe avec les vaisseaux et se divisant dans l'épaisseur des parois de l'organe en ramuscules d'une extrême ténuité longeant les fibres musculaires lisses, et les nerfs du vagin, qui descendent jusqu'à la vulve. Les voies sensibles remontent le long des utéro-sacrés vers le pré-sacré.

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

2.4. Physiologie de l'utérus gravide :

Physiologie de la fibre musculaire lisse :

La contraction de la fibre utérine résulte d'un raccourcissement des chaînes de protéines contractiles (actomyosine) grâce à l'énergie libérée par l'adénosine triphosphate, en présence d'ions (Na, K, Ca).

La teneur en actomyosine et le rapport actomyosine-myosine augmente au cours de la grossesse et cette évolution, déterminée par l'influence des oestrogènes, rapproche à la fin de la grossesse la fibre utérine de la fibre musculaire striée. La concentration en actomyosine est plus élevée dans la région corporéale que dans le segment inférieur.

Pendant la grossesse :

Pendant les trente premières semaines de la grossesse, l'utérus est quiescent et l'activité utérine reste inférieure à 20 UM (Unité Montévidéo).

De la trentième aux trente septième semaines, des contractions utérines plus amples peuvent survenir pouvant atteindre 50 UM. Leur fréquence ne dépasse pas une par heure.

2.4.1. Modifications du col :

Pendant la première moitié de la grossesse, le col est violacé et vasculaire mais reste fermé et conserve sa forme et sa taille.

Durant la deuxième moitié de la gestation, le col devient plus souple et s'hypertrophie. Sa position et sa direction ne changent qu'à la fin de la grossesse. Quelques jours avant le début du travail, le col devient mou court, centré. Il s'agit de la maturation du col qui est due aux changements du tissu conjonctif du stroma cervical, indépendamment des contractions utérines.

2.4.2. Formation du segment inférieur :

Elle se fait grâce à des contractions utérines irrégulières appelées contractions de Braxton-Hicks. Après le cinquième mois de grossesse, les mouvements entre les couches musculaires entraînent la formation d'un segment isthmique mince ou segment inférieur. L'ampliation du segment inférieur se produit en fin de grossesse chez la primipare, en début de travail chez la multipare.

Au cours du travail d'accouchement :

L'activité utérine du travail doit être distinguée de celle de la grossesse. Une fois commencé, le travail est caractérisé par l'apparition de contractions utérines ayant acquis des caractères particuliers. Les contractions sont involontaires, intermittentes et rythmées, progressives dans leur durée, totales et douloureuses. Elles ont pour effet essentiel d'ouvrir l'utérus, puis de pousser le fœtus vers le bas, hors des voies génitales.

2.4.3. Effets sur l'utérus :

a) Effacement du col :

Le col qui a gardé tout ou partie de sa longueur jusqu'à la fin de la grossesse, se raccourcit progressivement. A la fin de l'effacement, le col est incorporé au segment inférieur, réduit à son orifice externe, de sorte que le doigt ne perçoit plus de saillie cervicale, mais seulement le dôme régulier du segment inférieur, percé au centre d'un orifice de 1 cm de diamètre, à bord régulier.

b) Dilatation du col :

Le col effacé s'ouvre peu à peu circulairement à la façon d'un diaphragme de Photographie. Chez la primipare, la dilatation suit l'effacement de 1 à 10 cm en trois phases : initiale ou d'accélération, décélération et expulsion. Chez la multipare, l'effacement et la dilatation sont simultanés. La dilatation peut même précéder le travail.

c) Effets sur le pôle inférieur de l'œuf :

Le clivage des membranes à la partie inférieure de l'œuf s'opère sous les effets de la contraction utérine. Les membranes (amnios et chorion), tendues par le liquide amniotique en regard de l'aire de dilatation, font saillie plus ou moins marquée, presque nulle dans l'eutocie parfaite, importante lorsque l'accommodation est mauvaise.

En général pendant le travail, dans la présentation du sommet, on observe après la rupture des membranes une accélération de la dilatation.

d) Effets sur le mobile foetal :

La contraction a pour effet de pousser le fœtus vers le bas et lui faire franchir les étages de la filière pelvienne. La présentation procède, à chaque étage, par accommodations successives.

La traversée de la filière comprend trois temps :

L'engagement qui est le franchissement du détroit supérieur,

La descente qui s'accompagne de rotation,

Le dégagement qui est le franchissement du détroit inférieur.

Ces mécanismes se répètent pour chaque segment du mobile foetal : tête, épaules, siège ou inversement.

2.4.4. Délivrance :

Elle consiste en l'expulsion du placenta et des membranes, et évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine :

Décollement du placenta préparé par la rétraction utérine et provoquée par les contractions utérines ;

Expulsion du placenta se faisant sous l'influence des contractions utérines et son propre poids ;

Hémostase assurée d'une part par la rétraction utérine à cause de laquelle les vaisseaux sont étreints et obturé par les anneaux

musculaires de la couche plexiforme, et d'autre part par la coagulation sanguine appelée thrombose physiologique.

3. La cicatrice utérine :

3.1. Etat de la cicatrice : [14]

Tout le problème pour l'équipe obstétrical va être de savoir quelle est la capacité de cette cicatrice à résister aux contraintes mécaniques rencontrées lors d'un accouchement. L'appréciation de la solidité d'une cicatrice utérine repose donc sur des signes indirects qu'il faut savoir rechercher avant et pendant la grossesse.

3.2. Etiologies :

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

3.2.1. 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-corporéales ainsi que la mini-césarienne pour avortement thérapeutique du 2^{ème} trimestre qui, elle aussi, est corporéale [12].

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.

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 plan unique est préférable à la superposition des sutures qui crée des récessus propices aux rétentions. Les désunions de cicatrice segmentaire se font dans un contexte différent des ruptures utérines vraies et passent souvent inaperçues.

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

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

b) Gynécologiques :

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

Myomectomies : Pour beaucoup 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.

La seule notion de myomectomie est insuffisante et on se doit de vérifier sur le compte rendu opératoire : le siège, la taille, le nombre de myomes, ainsi que le nombre de cicatrices. Enfin on tiendra compte de la complexité de l'hystéroplastie secondaire qui a été nécessaire [12].

Hystéroplasties :

Intervention de Strassman (1907) Indiquée dans les malformations utérines de type utérus bicorné notamment ceux unicervicaux ; 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. Actuellement, elle se pratique surtout par voie endoscopique.

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

Réimplantations tubaires et salpingectomies :

Sont très souvent causes de rupture utérine précoce survenant la plupart du temps pendant le 2^e 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.

3.2.2. Accident au cours du travail : Ruptures utérines.

Elles sont soit spontanées soit provoquées.

Ruptures spontanées :

Ce sont en général le tribut des grandes multipares à cause de la fragilisation de leur paroi utérine. Elles surviennent aussi dans les dystocies mécaniques et dynamiques, les obstacles prœvia, 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 (Oxytocine ou Syntocinon) et de prostaglandines (Misoprostol ou Cytotec®), de pratique de manœuvres obstétricales.

3.2.3. Traumatismes :

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

3.3. Complications :

3.3.1. Ruptures utérines :

La rupture utérine correspond anatomiquement à une solution de continuité intéressant la totalité de la paroi utérine (muqueuse, musculuse et séreuse). On distingue des ruptures utérines incomplètes sous séreuses, encore appelées déhiscences et des ruptures utérines complètes correspondent à une désunion des deux berges de la cicatrice entraînant une déchirure des trois tuniques.

Actuellement, dans les pays développés, le nombre de ruptures asymptomatiques est beaucoup plus fréquent, surtout pour les déhiscences qui sont pratiquement toujours d'une découverte soit opératoire lors de la césarienne soit au moment de la révision

utérine. Les signes d'alarme classiques représentés par l'hémorragie, la douleur au niveau de la cicatrice et la souffrance fœtale aiguë, sont souvent absents mais toujours fréquents dans nos pays [12].

Placenta prævia :

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

Ces placentas prævia sont localisés le plus souvent sur la face antérieure de l'utérus.

Un placenta prævia antérieur sur un utérus cicatriciel est une indication de césarienne itérative systématique avant tout travail [12].

3.4. Diagnostic des différentes complications :

3.4.1. Rupture utérine sur utérus cicatriciel :

Les désunions de cicatrice sont les formes de rupture de l'obstétrique actuelle. Le fœtus reste dans l'utérus.

Elles peuvent même ne se manifester qu'après l'accouchement. La rupture pendant la grossesse, volontiers, survient sur un utérus mal formé ou cicatriciel. La cicatrice est généralement corporéale. Les ruptures utérines des utérus porteurs de cicatrice se caractérisent par leur allure sournoise ; d'où l'intérêt d'une anamnèse minutieuse. Les désunions d'une cicatrice de césarienne antérieure en sont l'étiologie principale. Elles peuvent aussi avoir pour cause une ancienne perforation utérine, une rupture cervico-segmentaire ancienne méconnue. Leur symptomatologie est variée mais le plus souvent discrète. Le plus souvent la symptomatologie est peu significative. L'existence d'une douleur exquise provoquée dans le flanc ou sur le bord de l'utérus, à la pression du segment inférieur déjà césarisé, peut être le seul signe sans qu'il y ait de modifications

du cœur fœtal. D'autres fois c'est l'apparition d'une souffrance fœtale sans cause apparente qui peut être la seule manifestation clinique. Tel est le cas, en particulier d'une désunion survenant sous anesthésie péridurale. Parfois c'est le tableau d'une altération progressive de l'état général, car ces désunions de blessures anciennes saignent peu et ne sont pas douloureuses, d'autant plus que la douleur peut être masquée par une anesthésie péridurale. L'altération du faciès, la pâleur, les tendances syncopales, le refroidissement, l'accélération du pouls, la chute tensionnelle, la remontée de la présentation qui cesse d'être accommodée au détroit supérieur, sont les signes principaux. Ils s'accompagnent de modifications, voire de la disparition des bruits du cœur fœtal.

Ce tableau de choc peut s'observer à n'importe quel moment du travail.

La rupture peut ne se révéler qu'après l'accouchement, mais en général avant la délivrance, sous des aspects peu explicites. Une petite hémorragie se produit et se prolonge ; ou bien au contraire, en l'absence de saignement, le placenta ne se décolle pas, cependant que l'état général s'altère plus ou moins. On est ainsi amené à pratiquer une délivrance artificielle et à reconnaître la rupture.

Après délivrance, la symptomatologie peut se limiter à un choc isolé ; elle peut même être nulle. La désunion est découverte par la révision utérine qui doit être faite chez toute femme ayant une césarienne antérieure. Il arrive également qu'une désunion de cicatrice soit constatée lors d'une césarienne itérative sans qu'aucun signe n'ait pu évoquer cette éventualité et sans modification de l'état fœtal.

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

3.4.2. Rupture utérine et placenta acréta :

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

En résumé : le diagnostic est facile dans les cas où il s'impose par son évidence :

- Après une révision utérine.
- Après une manœuvre qui, laborieuse au début, devient brusquement facile.
- Lorsque tous les signes cliniques sont réunis : choc hémorragique, bruit du cœur fœtal négatif, fœtus sous la peau.

Au contraire, il devient parfois problématique en cas :

- d'anesthésie,
- de désunion silencieuse et progressive,
- de déchirure du col propagée au segment inférieur ou de rupture incomplète ou extra muqueuse.

4. Conduite à tenir lors d'un nouvel accouchement :

La conduite de l'accouchement sur utérus cicatriciel s'appelle épreuve utérine. Elle expose aux risques 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, le taux de rupture utérine est d'environ 1% sans retentissement fœtal [15].

On doit d'abord évaluer les possibilités d'accouchement par voie basse, puis penser aux règles à observer :

L'accouchement par voie basse ou du moins sa tentative se prévoit et se prépare.

Alors même qu'il a été jugé possible, une césarienne peut encore être décidée au cours du travail pour anomalies contractiles avec arrêt de progression de la dilatation, défaut d'engagement, souffrance foétale ou en raison de l'apparition de signes pouvant faire redouter une rupture : endolorissement permanent, douleurs provoquées dans la région sus pubienne, pertes de sang, etc.

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

L'accouchement doit se dérouler en milieu chirurgical,

La femme informée doit arriver dès le début du travail,

L'état du fœtus doit être contrôlé en permanence par l'enregistrement de son rythme cardiaque, le déclenchement du travail est en principe contre indiqué chez la femme déjà césarisée. Cependant, lorsque les conditions locales sont extrêmement favorables, il peut être envisagé avec prudence.

L'analgésie péridurale bien conduite est possible.

Pour l'expulsion, on fait recourt fréquemment au forceps.

Une révision utérine vérifie la paroi utérine après l'accouchement [13].

La césarienne itérative :

Toute césarienne corporéale antérieure est l'indication de la césarienne itérative. Elle s'impose en cas de dystocie permanente ; quand la femme a été déjà césarisée plusieurs fois ou en cas d'excès de volume utérin. La voie haute doit encore être envisagée quand les suites de la précédente césarienne ont été compliquées d'infection liée à une endométrite (fièvre élevée et

persistante, suppuration, lochies fétides, rejet de débris sphacéliques). Pour la grossesse en cours, si le placenta est bas inséré ou inséré sur la cicatrice antérieure, une césarienne de principe sera faite. Il en est de même lorsqu'une présentation du siège ayant motivé la première césarienne est à nouveau constaté lors de la grossesse suivante. De toute façon une césarienne de principe sera effectuée si les moyens de surveillance sont insuffisants, ou si les garanties de sécurité ne sont pas réunies.

La césarienne itérative et stérilisation : Lors de la césarienne itérative l'état du pelvis et de l'abdomen est très variable. Le plus souvent la nouvelle opération n'est pas plus difficile que la précédente. Les accoucheurs estiment souvent qu'après la 3^{ème} césarienne, ils sont en droit de stériliser la femme qui, presque toujours le demande elle-même. La stérilisation repose sur des raisons médicales : état local de l'utérus trois fois sectionné, danger d'une rupture utérine ultérieure, fatigue, désir légitime de s'en tenir là.

En droit, le consentement ne suffit pas pour permettre une atteinte de l'intégrité du corps de la femme, s'il n'y a pas une raison médicale. La femme, même ayant consenti, peut être la première à faire le reproche si par exemple son enfant vient à succomber, ou si elle se remarie.

4.1. La césarienne prophylactique : [15]

4.1.1 Les indications :

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

a) Les rétrécissements pelviens :

Les bassins chirurgicaux sont bien sûr une indication de césarienne itérative. Dans les rétrécissements pelviens, l'indication n'est pas toujours aussi évidente, d'autant que chez la primipare elle est souvent mixte et liée, certes au rétrécissement, mais aussi à une présentation mal fléchie. Il faut

donc revoir dans le compte rendu de l'accouchement, la présentation, les tracés, le partogramme et vérifier la réalité du rétrécissement par une radiopelvimétrie qui sera confrontée au bi-pariétal de la grossesse en cours.

Les rétrécissements pelviens modérés ne sont pas une indication de césarienne prophylactique itérative, si la confrontation céphalo-pelvienne clinique, radiologique et échographique est favorable.

b) La cicatrice utérine :

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

- cicatrices corporéales ou de cicatrices segmentaires avec trait de refend corporéal,
- cicatrices des mini-césariennes pour interruption tardives de grossesse ou, perforations utérines d'IVG, compliquées d'infection : fièvre élevée et persistante, suppuration, lochies fétides, rejet de débris sphacéliques ;
- cicatrices utérines 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'hystérogaphie fait plus de 6mm où présente un trajet fistuleux.
- Patientes ayant eu une complication infectieuse pelvienne prouvée à l'issue de la césarienne antérieure.
- Cicatrices utérines dont on ignore l'indication, la technique de réalisation, les suites, surtout si elles ont été réalisées dans un pays où la densité médicale est faible.

c) La grossesse actuelle :

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

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

Particularités techniques de la césarienne :

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

L'hystérotomie et sa suture ne posent pas de difficultés particulières même après trois césariennes.

La question de stérilisation tubaire doit toujours être abordée avec la patiente et son conjoint lorsqu'on réalise une 2ème et surtout une 3ème césarienne. L'état de la cicatrice, la découverte d'une pré-rupture ou d'importantes adhérences doit faire poser une indication médicale de stérilisation ; mais bien entendu on sera plus à l'aise si on a le consentement écrit de la patiente.

4.2. L'épreuve utérine :

4.2.1. 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 surveillance 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 : [12]

Une césarienne antérieure purement segmentaire avec des suites opératoires simples,

L'absence de malformation utérine,

L'absence de pathologie maternelle contre-indiquant la voie basse, une confrontation fœto-pelvienne favorable,

L'absence de surdistension utérine notable (hydramnios, grossesses multiples),

Une présentation du sommet,

Un placenta non inséré sur la cicatrice,

L'absence de dystocie surajoutée,

Un centre obstétrical avec une infrastructure adaptée et une équipe obstétricale qualifiée,

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

b) Les cas limites :

La constatation d'un rétrécissement pelvien modéré est fréquente. Elle ne doit pas être 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

situé dans la zone d'incertitude du diagramme de confrontation céphalo-pelvienne)[15].

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 jugés favorables (col effacé, dilaté à 2-3 cm, souple), le déclenchement est tout à fait acceptable sous réserve que l'on rompe d'emblée les membranes et que l'on mette une tocographie interne. La seule rupture des membranes permet d'ailleurs assez souvent d'obtenir une activité utérine et les doses d'oxytocine ne dépassent pas dans ces conditions 10 mU/min.

4.2.2. Conduite de l'épreuve utérine : [15]

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. 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,

- un saignement vaginal,
- une hypocinésie avec stagnation de la dilatation alors que les contractions étaient régulières, de même qu'une hypercinésie de fréquence ou une élévation du tonus de base,
- la souffrance fœtale aiguë, la tachycardie maternelle, l'état de choc avec hématurie réalisant des tableaux évidents et tardifs.

b) Evolution du travail dans l'épreuve utérine :

Elle est favorable le plus souvent car toutes les disproportions foeto-pelviennes ont été exclues ; de ce fait le taux de césariennes au cours de l'épreuve utérine est diminué. L'anomalie la plus fréquente au cours du travail est le ralentissement ou la stagnation de la dilatation.

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

c) L'expulsion :

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

d) La révision utérine :

Elle est systématique. Elle doit chercher une rupture ou une déhiscence de la cicatrice. Deux formes anatomiques de désunions 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 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.

Le plus souvent, la suture de la brèche est possible après régularisation des bords de la brèche. On vérifie la vessie qui sera éventuellement suturée avec du fil résorbable. On discutera d'une ligature résection tubaire bilatérale.

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. Les déhiscences étendues, admettant largement deux doigts doivent être suturées ce qui ne présente généralement pas de difficulté.

5. Eléments de décision pour l'accouchement à venir : [13]

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

5.1. Type de césarienne antérieure :

- Toute césarienne corporeale antérieure est une indication de la césarienne itérative.
- Si la césarienne a été segmentaire. L'évaluation des chances de succès prendra en compte la cicatrice utérine. Sa qualité dépend souvent de la qualité du chirurgien.

Il est indispensable d'avoir le compte rendu opératoire détaillé de l'intervention précédente.

L'hystérogaphie faite en dehors de la grossesse, au moins six mois après l'accouchement, peut donner des renseignements sur la qualité de la cicatrice segmentaire. Le cliché de profil est le plus instructif. La voie basse est autorisée quand il n'existe aucune modification du contour antérieur de l'isthme mais dangereuse quand celui-ci est déformé par une large sacculatation. Cet examen est de nos jours abandonné supplanté par l'échographie qui peut-être d'un apport important.

5.2. Indication de la césarienne antérieure :

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

L'âge de la grossesse au moment de la césarienne antérieure : avant 37 SA le segment inférieur n'est pas formé et l'hystérotomie a dû s'effectuer verticalement, débordant en partie sur le corps de l'utérus. La durée du travail et le degré de dilatation au moment de la première césarienne doivent être pris

en compte : une femme en travail avec un segment inférieur formé, et parvenue à un certain degré de dilatation se trouve dans des conditions bien plus favorables.

6. Classifications des utérus cicatriciels :

6.1. Classification hystérosalpingographique selon Thoulon : [12]

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

- Groupe 1 : cicatrice invisible radiologiquement.
- Groupe 2 : déformation inférieure à 4mm.
- Groupe 3 : déformation profonde de 4 à 5mm et d'aspect bénin (coin, encoche, baïonnette).
- Groupe 4 : déformation supérieure ou égale à 6 mm et d'aspect péjoratif (bouchon de champagne, pseudodiverticulaire, aspect de hernie ou de fistule).

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

6.2. 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 trois groupes :

- Groupe 1 : segment inférieur normal (supérieur à 3mm en épaisseur et sans solution de continuité ;
- Groupe 2 : segment inférieur exclusivement inférieur à 3 mm ;

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

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

IV. LA METHODOLOGIE

IV. LA METHODOLOGIE :

1. Cadre d'étude :

Notre étude sera réalisée dans les services de gynécologie obstétrique des centres de santé de référence des commune V et II du district de Bamako.

Situation géographique et service du centre de sante de référence de la commune II.

La commune II couvre une superficie de 17km² soit environ 7 % de la superficie totale du District de Bamako.

Elle est limitée :

- au Nord par le pied de la colline du Point G ;
- au Sud par le fleuve Niger ;
- à l'Est par le marigot de Bankoni ;
- à l'Ouest par le boulevard du peuple passant par l'IOTA traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs.

Elle comporte 12 quartiers :

(Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Médine, Missira, Niarela, Quinzambougou, Terrain sans fil , Zone industrielle, N'Gomi).

Le centre de santé se trouve à Missira.

Il comporte plusieurs services :

- l'administration
- la pharmacie
- le laboratoire
- une unité d'oto-rhino-laryngologie
- une unité d'ophtalmologie

- une unité de Médecine
- une unité d'odontostomatologie
- une unité de pédiatrie
- une unité du PEV (Programme Elargie de Vaccination)
- le service de gynécologie obstétrique
- une unité de diabétologie

Le service de gynécologie obstétrique comporte :

- une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchements
- un bureau pour les sage-femme maîtresses qui sert en même temps de salle de garde pour les sages-femmes, les infirmières et les aides-soignantes ;
- une toilette externe pour le personnel ;
- une unité de consultation prénatale (CPN) ;
- une unité de planning familial (PF)
- une unité de consultation post natale ;
- une unité PTME (Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH) ;
- une salle d'Echographie ;
- un service de gynécologie et de prise en charge des grossesses à risque ;
- 18 lits répartis entre 4 salles d'hospitalisation.

Le personnel comprend :

- trois spécialistes en gynécologie obstétrique dont un chef de service de gynécologie et obstétrique
- 18 sages-femmes dont une sage-femme maîtresse ;
- 4 infirmières obstétriciennes ;
- 20 aides-soignantes ;
- 4 chauffeurs

- 5 manœuvres.

Fonctionnement :

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne 24 heures sur 24

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesse à risque) sont assurées par les gynécologues obstétriciens.

Un staff se tient tous les jours ouvrables pour discuter de la prise en charge des dossiers des entrantes et les événements survenus lors des gardes.

Une équipe de garde quotidienne travaille 24 heures sur 24

Elle est composée de :

- Un gynécologue obstétricien
- Un DES en gynécologie obstétrique
- Un Médecin généraliste
- Deux internes
- Une sage-femme
- Une infirmière obstétricienne
- Une aide-soignante
- Un chauffeur

1.2. Situation géographique et service du Centre de sante de référence de la commune V :

La commune v couvre une superficie 41km². Elle est limitée au Nord par le fleuve Niger au Sud par la zone aéroportuaire et la commune de Kalaban Coro à l'Est par la commune VI et le fleuve Niger .Elle est composée de huit quartiers :

Badalabougou, Quartier-Mali, Torokorobougou,
Bacodjicoronie, Sabalibougou , Kalabancoura , Daoudabougou ,
Zone aéroportuaire.

Le centre de santé de référence se trouve au Quartier Mali

Le centre est situé dans une zone périphérique en pleine croissance démographique où les problèmes de santé sont préoccupants avec un nombre élevé de structures de santé (10 CS com.) qui s'y réfèrent.

Le centre comporte plusieurs services :

- l'administration
- la caisse
- un service d'information sanitaire
- le laboratoire
- ophtalmologie
- la pharmacie
- une unité de médecine
- une unité d'imagerie médicale
- une unité d'odonto-stomatologie
- une unité d'oto-rhino-laryngologie
- une unité de pédiatrie
- une unité néonatalogie
- une unité de diabétologie
- une unité de soins d'accompagnement et de conseil (USAC)
- la morgue
- la cantine

La maternité du centre de santé de référence de la commune V comprend :

- une unité grossesses à risque
- une Unité accouchement suites de couches
- une unité de soins après avortement (SAA)
- une unité de néonatalogie

- une unité de CPN (Consultations prénatales)
- une unité de PTEM (Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH)
- une unité de PF (Planning familial)
- une unité de post natale
- une unité bloc opératoire
- une unité post opérée et salle de pansement
- une unité des urgences gynécologiques et obstétricales
- une unité de consultation externe
- une unité de dépistage des lésions précancéreuses cancéreuses du col de l'utérus
- un hangar pour les accompagnants des patientes
- un hangar pour les patientes en attente de pansement post opératoire
- un hangar occupe par des techniciens de surface pour l'accueil et l'orientation des malades.

Le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V est dirigé par un professeur de gynécologie obstétrique. Il est assisté par cinq gynécologues obstétriciens et DES de gynécologie obstétrique en stage rotatoire. Il y a également les sages-femmes, les infirmières obstétriciennes les étudiants faisant fonction d'internes, les chauffeurs d'ambulance et les techniciens de surface.

La permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- un gynécologue obstétricien
- deux DES en gynéco-obstétrique
- cinq étudiants en médecine Faisant Fonction d'Interne (FFI)

- deux sages-femmes
- une aide-soignante
- un infirmier anesthésiste
- un technicien de laboratoire
- un (e) caissier (e)
- un agent Assurance Maladie Obligatoire (AMO)
- un chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les centres hospitaliers universitaires (CHUPG, CHUGT) et le centre national de transfusion sanguine (CNTS) et les CS com de la commune.
- deux techniciens de surface de salle assurant la propreté permanente du service.
- un staff quotidien a lieu tous les jours à 8H15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés dans les 24 heures durant la garde.

Il y a 5 jours de consultations spécialisées, 4 jours pour le programme opératoire. Les urgences sont assurées tous les jours. Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque mercredi après le staff.

Au niveau de l'organisation matérielle du service de garde, l'équipe dispose de :

- cinq tables d'accouchement
- une salle d'opérations fonctionnelle
- un dépôt de sang
- une ambulance

- des kits de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales
- des kits de césariennes gratuites

2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective analytique et comparative.

3. Période d'étude :

L'étude a porté sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014.

4. Population d'étude :

L'étude a porté sur toutes les patientes chez qui l'épreuve utérine a été indiquée dans les CS Réf CV et CII du District de Bamako et qui ont accouchées par voie basse.

5. Echantillonnage :

a) Taille de l'échantillon :

Pendant notre période d'étude nous avons enregistré 86 accouchements par voie basse sur utérus cicatriciel au CS Réf CII et contre 248 cas au CS Réf CV.

b) Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans cette étude toutes les patientes ayant accouché par voie basse sur un utérus cicatriciel dont les conditions obstétricales ne nécessitent pas d'une césarienne d'emblée.

c) Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans cette étude les patientes ayant une indication de césarienne sur la cicatrice utérine:

- Antécédent d'hystérorraphie pour rupture utérine.

- Une cicatrice utérine de césarienne corporeale ou segmento-corporeale.
- Un utérus cicatriciel sur bassin anormal.
- Grossesse multiple sur utérus cicatriciel.
- Une hauteur utérine supérieure ou égale 36 cm sur utérus cicatriciel.
- Une présentation autre que celle du sommet sur utérus cicatriciel.
- Un placenta incéré sur la cicatrice de césarienne (à l'échographie).
- Un intervalle intergénésiq ue inférieur à 2 ans sur utérus cicatriciel.
- Accouchement à domicile sur utérus cicatriciel.

6. Déroulement pratique de l'étude :

L'épreuve utérine a été indiquée chez toutes les patientes dans les conditions rigoureuses avec surveillance stricte des paramètres materno-fœtaux à l'aide du partographe dans les deux centres de santé de référence.

Nous avons fait la gestion active de la troisième période de l'accouchement

Une révision utérine systématique au centre de santé de référence de la commune II.

Une révision utérine non systématique au centre de santé de référence de la commune V réservée au cas où se présente :

- Placenta et /ou membranes incomplets à l'examen des annexes fœtales
- Hémorragie du post partum immédiat malgré les traitements de première ligne.

Nous avons fait une prévention de l'hémorragie du post partum immédiat par une perfusion continue de 15 UI d'ocytocine.

Une surveillance rigoureuse des paramètres maternels pendant les 6 heures qui suivent l'accouchement.

7. Supports des données :

Ont servi de supports des données :

- Le registre d'accouchements ;
- Le registre d'hémorragie du post partum immédiat ;
- Les dossiers obstétricaux ;
- Le registre de référence/évacuation ;
- Le registre d'hospitalisation ;
- Le registre de décès maternel.

8. Traitement et analyse des données :

La saisie a été effectuée sur le logiciel Word 2007 et l'analyse des données sur le logiciel SPss20.0.

Les tests statistiques utilisés ont été le khi2 et de Fisher avec un seuil de signification égal à 0,05

9. Les variables à étudier :

Les paramètres suivants ont été étudiés :

- L'âge,
- La profession de la patiente,
- Le statut matrimonial,
- Mode d'admission,
- Parité,
- Antécédents chirurgicaux,
- La révision utérine,
- Résultat de la révision utérine,
- Les hémorragies du post partum immédiates,

- Les causes des hémorragies du post partum immédiat,
- Complication des suites de couche,
- Pronostic maternel.

10. Définitions opératoires :

- **Accouchement** : C'est l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales après 28 SA.
- **Utérus cicatriciel** : C'est un utérus porteur en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, d'une ou de plusieurs cicatrices myométriales à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme.
- **Epreuve utérine** : C'est un essai d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel.
- **Gestité** : c'est le nombre de grossesses.
- **primigeste** : c'est la première grossesse
- **Paucigeste** : c'est une femme qui a contracté entre 2 à 3 grossesses
- **Multigeste** : c'est une femme qui a contracté entre 4 à 5 grossesses
- **Grande multigeste** : lorsque le nombre de grossesse est ≥ 6
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement
- **primipare** : c'est le premier accouchement
- **Paucipare** : c'est une femme qui a accouché 2 à 3 fois
- **Multipare** : c'est une femme qui a accouché entre 4 à 5 fois
- **Grande multipare** : lorsque le nombre d'accouchement est ≥ 6
- **Evacuation** : mécanisme par lequel une formation sanitaire adresse dans un contexte d'urgence une patiente vers une structure plus spécialisée et mieux équipée.

- **Révision utérine** : Exploration manuelle de la cavité utérine permettant la vérification de l'intégrité de l'utérus et l'évacuation des débris placentaires ou des caillots.

V.RESULTATS :

V. RESULTATS :

Durant la période d'étude 12 175 accouchements ont été enregistrés dont 9183 accouchements au CS Réf CV et 2992 accouchements au CS Réf CII.

Au CS Réf CV 680 patientes admises dans le service portaient un utérus uni ou pluricicatriciels contre 187 patientes en commune II.

248 femmes soit 2.70% des patientes ont accouché par voie basse en commune V contre 86 femmes en commune II soit 2.87 % patientes.

Tableau I : Répartition des patientes selon leurs âges

Age	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
≤ 18 ans	1	1,2	9	3,6
19 - 34 ans	47	54,6	151	60,9
≥ 35 ans	38	44,2	88	35,5
Total	86	100,0	248	100,0

$$X^2 = 3,00 \quad ddl = 2 \quad P = 0,2233$$

Tableau II : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Mariée	86	100,0	227	91,5
Célibataire	0	0	21	8,5
Total	86	100,0	248	100,0

$$X^2 = 7,77 \quad P = 0,0053 \quad ddl = 1$$

Tableau III: Répartition des patientes selon la profession

Profession	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Profession sans rémunération	67	78	184	74,2
Profession avec rémunération	19	22	64	25,8
Total	86	100,0	248	100,0

$$X^2 = 0,47 \quad P = 0,4922 \quad ddl = 1$$

Tableau IV : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Primaire	8	9,3	93	37,5
Secondaire	18	20,9	55	22,2
Supérieur	9	10,5	24	9,7
Non scolarisée	51	59,3	65	26,20
Ecole coranique	0	0	11	4,4
Total	86	100,0	248	100,0

$$X^2 = 10,83 \quad ddl = 4 \quad P = 10^{-8}$$

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

Mode d'admission	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Venue d'elle-même	78	90,7	222	89,5
Evacuée	8	9,3	26	10,5
Total	86	100,0	248	100,0

$$X^2 = 0,10 \quad P = 0,7548 \quad ddl = 1$$

Tableau VI : Répartition des patientes selon les motifs de référence

motif de référence	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Utérus cicatriciel	6	75,0	19	73,1
Dystocie dynamique	0	0,0	1	3,8
Souffrance foétale aiguë	1	12,5	2	7,7
Sans motif	1	12,5	4	15,4
Total	8	100,0	26	100,0

$$X^2 = 2,173$$

$$ddl = 4$$

$$P = 0,704$$

NB: le diagnostic retenue chez toutes les patientes a été l'épreuve utérine que nous avons surveillé jusqu'à l'accouchement.

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
HTA	5	5,8	43	17,3
Diabète	0	0,0	2	2,0
Asthme	1	1,2	5	2,0
Aucun	80	93,0	197	79,4
HIV	0	0,0	1	4
Total	86	100,0	248	100,0

$$X^2 = 8,62 \quad ddl = 4 \quad P = 0,07126$$

BN ; - Nous avons enregistré un cas de HIV positif en CV, la patiente était suivie à l'unité USAC et le nouveau-né a été adressé à la néonatalogie du service.

- *Les nouveau-nés des patientes diabétiques et asthmatiques ont été adressés à la néonatalogie.*

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Césarienne	85	98,8	241	97,2
Myomectomie	1	1,2	7	2,8
Total	86	100,0	248	100,0

$$X^2 = 0,75 \quad P = 0,3856 \quad ddl = 1$$

Tableau IX : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Paucigeste	43	50,0	133	53,6
Multigeste	43	50,0	115	46,4
Total	86	100,0	248	100,0

$$X^2 = 0,34 \quad P = 0,5613 \quad ddl = 1$$

Tableau X : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Paucipare	53	61,6	132	53,2
Multipare	24	27,9	66	26,6
Grande multipare	9	10,5	50	20,2
Total	86	100,0	248	100,0

$$X^2 = 4,25 \quad ddl = 2 \quad P = 0,1193$$

Tableau XI : Répartition des patientes selon le nombre de consultation prénatale

CPN	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
1 à 4	59	68,6	132	53,23
Supérieur ou égale à 5	22	25,6	86	34,68
Aucune	5	5,8	30	12,10
Total	86	100,0	248	100,0

$$X^2 = 6,68 \quad ddl = 2 \quad P = 0,03543$$

Tableau XII : Répartition des patientes selon les auteurs des consultations prénatales

Auteur des CPN	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Médecin	49	60,5	104	47,7
Sage-femme	32	39,5	114	52,3
Total	81	100,0	218	100,0

$$X^2 = 3,86$$

$$P = 0,04930$$

$$ddl = 1$$

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la réalisation des bilans prénatals

Bilans prénatals	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Oui	54	62,8	73	29,4
Non	11	12,8	44	17,7
Partiellement	21	24,4	131	52,8
Total	86	100,0	248	100,0

$$X^2 = 30,96$$

$$ddl = 2$$

$$P = 0,00000019$$

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la réalisation d'échographie du troisième trimestre

Echographie du troisième trimestre	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Oui	47	54,7	88	35,5
Non	39	45,3	160	64,5
Total	86	100,0	248	100,0

$$X^2 = 9,74$$

$$P = 0,00180$$

$$ddl = 1$$

Tableau XV : Répartition des patientes selon la formation du globe de sécurité après accouchement

Globe de sécurité	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Bien formé	85	98,80	240	96,80
Mal formé	1	1,20	8	3,20
Total	86	100,0	248	100,0

Test Fisher

$$P = 0,2790$$

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la réalisation de la révision utérine

Révision utérine	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Oui	86	100	8	3,2
Non	0	0	240	96,8
Total	86	100,0	248	100,0

Test de Fischer $P = 10^{-6}$

Tableau XVII : Répartition des patientes selon les indications de la révision utérine

Indication de la révision utérine	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Hémorragie du post partum immédiate	0	0	6	75
Systématique	86	100,00	0	0
Placenta incomplet	0	0,00	2	25
Total	86	0,0	8	100,0

Test Fisher $P = 10^{-5}$

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le résultat de la révision utérine

Résultat de la révision utérine	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Débris placentaires	1	1,20	2	25,0
Désunion	0	0,00	4	50,0
Cavité vide et régulière	85	98,80	2	25,0
Total	86	100,0	8	100,0

Test de Fischer P = 0.0183

Tableau XIX: Répartition des patientes selon la cause des hémorragies du post partum immédiates

Cause des hémorragies du post partum immédiates	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Déchirure des parties molles	1	1,16	0	0,00
Désunion	0	0,00	4	1,61
Débris placentaire	0	0,00	2	0,81
Atonie utérine	0	0,00	2	0,81
Aucune	85	98,84	240	96,77
Total	86	100,0	248	100,0

Test de Fischer P = 0,235

Tableau XX: Répartition des patientes selon la prise en charge des hémorragies immédiates

Prise en charge	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Trachélorraphie	1	1,16	0	0,00
Hysterorraphie	0	0,00	4	1,61
Administration d'ocytocique	0	0,00	2	0,81
Aucune	85	98,84	242	97,58
Total	86	100,0	248	100,0

Test de Fischer

$P = 0,218$

Tableau XXI : Répartition des patientes selon la survenue des complications en post partum tardive

Complications en post partum tardive	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Oui	3	3,5	8	3,2
Non	83	96,5	240	96,8
Total	86	100,0	248	100,0

$X^2 = 0,01$ $P = 0,9064$ $ddl = 1$

Tableau XXII : Répartition des patients selon les types de complications dans le post partum tardif

Type de complications dans le post partum tardive	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Endométrite	1	1,16	2	0,81
Anémie	1	1,16	3	1,21
Aucune	84	97,68	243	97,98
Total	86	100,0	248	100,0

$$X^2 = 3,38$$

$$Ddl = 2$$

$$P = 0,2781$$

Tableau XXIII : Répartition des patients selon la prise en charge des complications tardives

Prise en charge	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Antibiothérapie	1	1,16	2	0,81
Transfusion	0	0,00	2	0,81
Traitement martial	1	1,16	1	0,40
Aucune	84	97,68	243	97,98
Total	86	100,0	248	100,0

$$X^2 = 3,38$$

$$Ddl = 2$$

$$P = 0,2781$$

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

Durée d'hospitalisation	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
≤ 72 heures	84	97,67	243	97,98
> 72 heures	2	2,33	5	2,02
Total	86	100,0	248	100,0

$$X^2 = 0,57$$

$$P = 0,4494$$

$$ddl = 1$$

Tableau XXV : Répartition des patientes selon l'état des patientes à la sortie

Etat des patientes	Commune II		Commune V	
	n	%	n	%
Vivant	86	100,0	248	100,0
Décédé	0	0,0	0	0,0
Total	86	100,0	248	100,0

VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION:

1. La fréquence :

Durant notre période d'étude nous avons enregistré 680 accouchements sur utérus cicatriciel sur 9183 patientes admises au centre de sante de référence CV contre 187 accouchements sur utérus cicatriciel sur un totale de 2992 accouchements en commune II.

L'épreuve utérine a donné naissance à la suite d'un accouchement par voie basse chez 248 patientes en commune V soit 2,70 % des cas et chez 86 patientes en commune II soit 2,87% des cas.

Notre taux d'accouchement sur utérus cicatriciel est très proche dans les deux CS Réf

Ces taux sont supérieurs aux taux des études faites par :

-Diarra A K [16], Dembele A [17] qui ont rapporté respectivement 2,3% et 2%

Ils sont nettement inférieurs à ceux des études faites par :

- Boissellier en France [18] 5,3% **d'Anderson [19]** au Canada 7,6% et de **Diadhiou MT [20]** au Sénégal 7,5%. Notre faible taux pourrait s'expliquer par l'élargissement de nos indications de césariennes prophylactiques sur utérus cicatriciel par prudence

2. L'âge :

La tranche d'âge 19-34 ans était dominante en commune II ainsi qu'en commune V avec respectivement 54,6 % et 60,9 % sans différence statistiquement significative entre les deux populations ($\chi^2 = 3,00$ et $p = 0,2233$).

Certains auteurs constatent que l'âge et d'autres facteurs démographiques ne peuvent être jugés comme des facteurs de

risque influençant le mode d'accouchement sur utérus cicatriciel [26, 123, 132].

D'autres trouvent que l'âge jeune des parturientes intervient positivement dans le succès de l'épreuve utérine [37,76 126].

L'Age moyen des patientes en commune II était de 28,45 ans et 26,66 ans en commune V.

Ces taux sont proches de ceux des études faites par :

- **Diarra A K [16]** au CS Réf II qui a rapporté 29,5 ans comme âge moyen ;

- **Dembele A [17]** qui a rapporté 28,5 ans.

3. Profession des patientes :

Les patientes ayant une profession sans rémunération ont représenté 78 % en commune II contre 74.2 % en commune V avec un $P=0.4922$ non significative statistiquement.

4. Statut matrimonial :

Les patientes mariées ont été les plus représentées dans notre série d'étude avec 100% au CS Réf CII et 91,5 % au CS Réf CV.

-**Ouattara [21], BA A [7], Traore M A [22]** ont trouvé respectivement 98,5%, 96,4% et 96,1%.

5. Mode d'admission :

9.3 % des patientes admises ont été évacuées en commune II contre 10.5 % en commune V ce qui est sans différence statistiquement significative ($\chi^2=0.10$ et $P=0.7548$).

- **Ba A [7]** a trouvé 19%.

- **Mallé A B [23]** a rapporté 9,5%.

- **Dembele A [17]** a rapporté 22,2%.

Ces taux élevés dans les études faites par **Dembélé A [17] et Ba A [7]** pourraient s'expliquer par une mauvaise organisation des

systemes de référence ou la méconnaissance des facteurs de risque.

6. Parité :

Les paucipares ont été les plus représentées dans les deux populations d'étude avec 61.6 % en commune II et 53.2 % en commune V. ($\chi^2=4.25$ et $P=0.1193$) non significative statistiquement.

- **Bambara M [24] a trouvé 60%.**

-**Ouattara [21] a trouvé 70,5%** ce qui est supérieur au taux que nous avons trouvé au cours de notre étude. Cela pourrait s'expliquer par une bonne collaboration des services d'hospitalisation et des unités de planification familiale pour une contraception chez les césarisées.

7. Antécédents chirurgicaux :

La cicatrice utérine était due à une césarienne chez 98.8 % des patientes en commune II contre 97.2 % en commune V avec un $P=0.3856$, non significative statistiquement.

Dans notre étude nous n'avons pas pris en compte les utérus multicatriciels, les cicatrices dues à un antécédent de rupture utérine et les cicatrices de myomectomie avec effraction de la cavité utérine qui sont des indications de césarienne prophylactique.

8. Les indications de la révision utérine :

La révision utérine systématique a été réalisée chez la totalité des patientes en commune II (100 %) contre 3.2 % en commune V avec P corrigé de Fischer = 10^{-6} statistiquement significatif.

En commune V la révision utérine a été réalisée chez 6 patientes pour hémorragie du post partum immédiat soit 2,42% des cas et chez 2 patientes pour rétention de débris ovulaire soit 0,80% des cas.

- **Diarra A K [16]** explique la réalisation systématique de la révision utérine en commune II par :

-l'absence du compte rendu opératoire antérieur,

-l'absence d'information sur la qualité de la cicatrice et l'épaisseur du segment inférieur,

-le caractère silencieux des ruptures utérines par désunion de la cicatrice utérine.

Cette attitude est actuellement contestée à cause de sa faible utilité diagnostique, le risque traumatique et infectieux.

Dans une étude comparative entre la révision utérine systématique et la révision utérine réservée aux patientes symptomatiques, **Perroyin [6]** a trouvé que toutes les ruptures étaient symptomatiques et que les déhiscences diagnostiquées par la révision utérine n'avaient pas nécessité de traitement chirurgical. Il propose de réserver la révision utérine aux patientes symptomatiques afin d'affirmer le diagnostic ou lorsqu'il existe un haut risque de rupture.

9. Résultat de la révision utérine :

Au terme de la révision utérine systématique la cavité était vide et régulière dans 98.80 % des cas en commune II.

Cependant aucun cas de désunion de l'ancienne cicatrice n'a été diagnostiqué en commune II.

La rétention de débris placentaire a été trouvée chez une patiente en commune II soit 1,20%.

En commune V la révision utérine a été réalisée suite à des indications chez 3,2% des cas.

Cette révision utérine a permis de diagnostiquer 4 cas de désunion de l'ancienne cicatrice soit 1,61% et a permis aussi le traitement de 2 cas de rétention de débris placentaires soit 0,81% des cas et la cavité utérine était vide chez 2 patientes.

- **Diarra A K [16]** et **Niambele A [25]** n'ont pas trouvé de cas de désunion de l'ancienne cicatrice au cours de leurs études en commune II.

-Au cours de son étude, **Kharrasse T. [26]** a trouvé 2,44% de cas de déhiscence.

Notre faible taux de désunion de l'ancienne cicatrice pourra s'expliquer par la qualité des cicatrices et de la surveillance du travail d'accouchement.

10. Hémorragie du post partum immédiat :

Le post partum immédiat a été compliqué d'hémorragie dans 1,16% des cas en commune II.

Dans 3,20% des cas le post partum immédiat a été compliqué d'hémorragie avec 1,61% de désunion de l'ancienne cicatrice, 0,81% de rétention de débris placentaire, et 0,81% d'atonie utérine comme cause d'hémorragie du post partum immédiat en commune V ;Ce qui nous a permis d'avoir un P corrigé de Fisher =0,235 statistiquement non significative.

11. Complication dans le post partum tardif :

Le post partum tardif a été compliqué d'infection intra-uterine dans 1,16% en commune II. Nous avons enregistré un cas d'anémie en commune II soit 1,16 % des cas.

En commune V nous avons enregistré 2,02% de complication en suites de couche, 0,81 % d'endométrite et 1,21% d'anémie.

Le post partum tardif a été simple dans 97,68% des cas en commune II contre 97,98% des cas en commune V soit un P=0,2781 statistiquement non significative.

Durant notre étude nous n'avons pas enregistré de cas de décès maternel.

- **Mallé A B [23]** a trouvé 4,5% de complication infectieuse 0,7% d'anémie et 0,7% de décès maternel.

Notre faible taux de complication infectieuse pourrait s'expliquer par notre précocité à instauré une antibiothérapie probabiliste en cas de révision utérine.

CONCLUSION :

CONCLUSION :

Une grossesse sur utérus cicatriciel représente une grossesse à haut risque.

La tentative d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel obéit à des conditions, le respect de ces conditions diminue le risque des complications qui peuvent survenir pendant le travail et après l'accouchement.

La suite de couche peut être marquée par des complications hémorragiques et infectieuses.

Les complications hémorragiques ont le plus souvent comme étiologie la rétention des débris placentaires, l'atonie utérine et la désunion de l'ancienne cicatrice.

La réalisation de la révision utérine a un intérêt diagnostique et thérapeutique dans la survenue des complications hémorragiques.

La révision utérine bien qu'elle ait un intérêt dans la prise en charge des complications hémorragiques, sa systématisation augmente les risques infectieux et est surtout traumatisante.

La révision utérine n'est pas indispensable dans tous les cas ; elle doit avoir des indications.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, des recommandations ont été formulées et s'adressent :

1- Aux Gestantes :

- Participer aux campagnes de communication pour le changement de comportement en faveur d'une meilleure surveillance des grossesses et la reconnaissance des signes de danger liés aux utérus cicatriciels
- Suivre régulièrement les consultations prénatales

2- Aux autorités sanitaires :

- Améliorer la communication entre les CS Com, les CS Ref, et l'hôpital
- Assurer la formation continue des agents de santé, notamment les sages-femmes et les spécialistes en gynécologie obstétrique

3- Aux prestataires :

- Renforcer les activités de sensibilisation des femmes sur les risques liés à la grossesse sur utérus cicatriciel,
- Référer à temps vers les centres de santé de référence et les hôpitaux toute gestante ayant un utérus cicatriciel.
- Réserver la révision utérine aux patientes symptomatiques

LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1 - Dembélé BT.

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

2- Abbassi H, EL Karroumi M, Aboufalah A, Bouhya S., Bekkay M.

Epreuve du travail sur utérus bicatriciel: étude prospective à propos de 130 cas J. Gynéco. Obstet. Biol. Reprod, 1998;27: 806-810.

3 - Aisien A O, Oronsaye A.U.

Vaginal birth after one previous caesarean section in a tertiary institution in Nigeria. obstet. Gynecol., 2004; 24 (8): 886-890.

4 - Greene M F.

Vaginal birth after cesarean revisited. N. Eng. J. Med., 2004, 326 (25): 2647-2649.

5 - Cisse CT; Ewagnignon E; Terolbe I; Diadhou F.

Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. J Gynécol Biol Reprod 1999; 28; 6: 556-562.

6- Perroyin F, Marret H, Fignon A, Body G, Lansac J.

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

7 -Ba A.

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

8 - Hamet Tidjania, A Gallais, M Garba.

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

9 - Benzineb N, Bellasfar B, Bouguerra B, Amri M T, Sfar R.

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

10 - D'ercole C, Bretelle F, Piechon L, Shojai R, Boubli L.

La césarienne a-t-elle une indication en cas d'utérus cicatriciel ? J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 2000; 29 (s2): 51-67.

11 - Silberstein T, Wiznitzer A, Katz M, Friger M, Mazor M.

Routine revision of uterine scar after cesarean section: Has it ever been necessary? Eur. J. Obstet. Gyneco Reprod Biol, 1998, 78: 29-32.

12- Papiernick E, Cabrol D, Pons J-C.

Obstétrique (Médecine- Sciences) Flammarion, Chapitre 78 et chapitre 92.

13- Merger R, Levy J, Melchior J.

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

14- Perroyin F, Marret H, Fignon A, Body G, Lansac J. revue de la littérature adaptée

Utérus cicatriciel : la révision utérine systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement par voie vaginale est-elle toujours utile ? J.GynécolObstétBiolRéprod 1999.

15- Lansac J, Berger C, Magnin G.

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

16 - Diarra A K.

L'épreuve utérine au centre de sante de référence de la commune II du district de Bamako- Mali Thèse de Médecine. Bamako Mali 13M277

17 - Dembele A.

Accouchements sur utérus cicatriciels dans le CS Réf VI du District de Bamako Thèse de Med. Bamako Mali 09-M 85

18- Boisselier P

Evolution dans les indications de césarienne.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1987; 16:251-60.

19 - Anderson GM.

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

20- Diadhiou MT.

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

21-Ouattara A. Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la Commune V. Thèse Méd. Bamako 2004 M 101.

22 -Traore M A.

Epreuve utérine au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako Thèse de Médecine Bamako Mali 2010 10M540.

23- Malle A B.

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou Etude cas-témoins Thèse de Médecine .Bamako Mali 2012 12-M79

24 - Bambara M, Rouamba A, Yaro S, Ouattara H, Lankoande J, Kone B.

Accouchement sur utérus cicatriciel. A propos de 120 cas à la maternité du CHU SanouSouro de Bobo Dioulasso- Burkina Faso. *Médecine d'Afrique Noire* 2007-54(11) : 561- 568.

25- Niambele A.

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de sante de référence de le commune II du district de Bamako
Thèse de Médecine Bamako Mali 2010 10M350.

26 - Kharrasse T.

Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU Ibn Rochd de Casablanca à propos de 614 cas. *These medicine, Casablanca*, 2006 N°18.

27) Burke AE, Lee S, Sehdev H M, Ludmir J.

Uterine rupture during a failed trial of labor: are there any identifiable risk factors in labor management?
Obstet. Gynecol., 2001 ; 97 (4) (suppl) : 425.

28) Singh T, Justin C W, Haloob R K.

An audit on trends of vaginal delivery after one previous caesarean section.
J. Obstet. Gynaecol., 2004 , 24 (2) , 135-138.

29) Tshilombo K M, Mputu L, Nguma L, Wolomby M, Tozin R, Yanga K.

Accouchement chez la gestante Zairoise antérieurement césarisée : Analyse de 145 cas.
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1991; 20 : 568-574.

30) D'orsi E, Chor D, Giffin K, Barbosa G, Angulotuesta AJ.

Factors associated with vaginal birth after caesarean in a maternity hospital of Rio de Janeiro.
Eur. J. Obstet. Gynecol., 2001, 97: 152-157.

31) Landon B M, Hauth J C, Leveno K J, Spong C Y, Leindecker S.

Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior caesarean delivery.

N. Eng. J. Med., 2004, 351 (25): 2581-2589.

32) Socol M L, Peaceman A M.

vaginal birth after cesarean: An appraisal of fetal risk.

Obstet. Gynecol., 1999 , 93 (5) : 674-679.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE :

Date d'entrée-----

Numéro du dossier-----

Identification du malade

a. Age----- /----- /

1) Inférieure à 18 ans 2) Entre 19 et 34 ans

3) Supérieure 35 ans

b. Ethnie----- /----- /

1) Bambara 2) Malinké 3) Senoufo 4) Dogon

5) Sarakolé 6) Peulh 7) Autres

c. Statut matrimonial----- /----- /

1) Mariée 2) Célibataire

d. Profession----- /----- /

1) Profession sans rémunération 2) Profession avec rémunération

e. Niveau d'instruction

1) Primaire 2) Secondaire 3) Supérieur

4) Non scolarisée 5) Ecole coranique

Admission

A- Mode d'admission----- /----- /

1) Venue d'elle-même 2) référée

B- Moyens de référence----- /----- /

1) Ambulance 2) Taxi 3) Voiture personnelle

C- Motif de référence----- /----- /

1) Utérus cicatriciel 2) dystocie dynamique

3) Venue d'elle-même 4) Désunion de l'ancienne cicatrice

5) Sans motif 6) Souffrance fœtale aigue

D- Provenance----- /----- /

1) C S com 2) Cabinet ou clinique 3) Domicile

E- Support de référence----- /----- /

1) Fiche de référence 2) Pédrographe 3) Autres 4) Domicile

Antécédents

A- Antécédent Médicaux----- /----- /

1) H T A 2) Asthme 3) Diabète

4) H I V 5) Aucun

Antécédent gynéco-obstétrique

A- Gestité-----/-----/

- 1) Pauci geste 2) Multi geste

B- Parité-----/-----/

- 1) Pauci pare 2) Multipare 3) Grande multipare

C- Déroulement du dernier accouchement-----/-----/

- 1) Eutocique 2) Dystocique

D- Intervalle inter génésique-----/-----/

- 1) 2-4 ans 2) Plus de 5 ans

E- Notion de contraception-----/-----/

- 1) Oui 2) Non

F- Antécédent Chirurgicaux-----/-----/

- 1) Césarienne 2) Myomectomie
3) Hystérogaphie (perforation utérine)
4) Cure de prolapsus 5) Cure G E U

Période prénatale

A- Consultation prénatale-----/-----/

- 1) 1-4 2) Supérieur ou égale à 5 3) Aucune

B- Auteur des consultations prénatale-----/-----/

- 1) Médecin 2) Sage-femme

C- Notion d'hospitalisation-----/-----/

- 1) Oui 2) Non

D- Motif d'hospitalisation-----/-----/

- 1) M A P 2) Infection 3) Hémorragie 4) Autre

E- Notion de bilan prénatale-----/-----/

- 1) Oui 2) Non 3) Bilan partiel

F- Echographie réalisé au troisième trimestre-----/-----/

- 1) Oui 2) Non

G- Si Oui lies et type d'insertion placentaire-----/-----/

- 1) Antérieur 2) Postérieure 3) Latérale 4) Fundique
5) Placenta prævia 6) Placenta acreta 7) Placenta percreta

H- Mesure du segment inferieur-----/-----/

- 1) inferieur ou égale 3,5 mm 2) supérieure 3,5 mm

I- Qualité de la cicatrice utérine-----/-----/

- 1) Bonne 2) Mauvaise

J- Notion d'hystérogaphie-----/-----/

1) oui 2) Non

K- Pronostic de l'accouchement à l'hystérogrophie-----/-----/

1) Bonne 2) Mauvaise 3) Réservé

Examen Clinique a l'Admission

A- Taille-----/-----/

1) Inferieur à 1,50 m 2) Supérieurs à 1,50 m

B- Poids -----/-----kg/

C- Température maternel -----/-----°c/

D- Tension artériel-----/-----cm Hg/

E- Terme de la grossesse-----/-----S A/

1) < a 37 SA 2) entre 37 SA et 41 SA +6 jour 3) supérieur ou égale à 42 SA

F- Bruits du cœur foetale-----/-----bat /mm/

G- La contraction utérine-----/-----/

1) normale 2) Hypocinésie 3) Hypercinésie

H- Hauteur Utérine-----/-----/

1) Inférieur à 30 cm 2) Entre 30cm et 36 cm

3) Supérieur à 36 cm

Déroulement de L'accouchement

A- Si voie basse-----/-----/

1) Avec épisiotomie 2) Sans épisiotomie

B- Durée d'expulsion-----/-----/

1) Inférieur à 15 mn 2) 15 et 45 mn 3) Supérieur à 45 mn

C- GATPA-----/-----/

1) Oui 2) Non

D- Extraction instrumentale-----/-----/

1) Oui 2) Non

E- Si Oui précisé l'indication-----

F- Type d'instrument utilisé-----/-----/

1) Forceps 2) Ventouse

G- Type de Délivrance-----/-----/

1) Naturel 2) Active 3) Artificiel

H- Révision utérine systématique-----/-----/

1) Oui 2) Non

I- Globe de securit après la délivrance-----/-----/

1) Bien forme 2) Mal forme

J- Hémorragie après la délivrance-----/-----/

- 1) Oui 2) Non

K- Révision Utérine par indication-----/-----/

- 1) Oui 2) Non

L- Résultat de la révision utérine -----/-----/

- 1) Débris placentaire 2) Désunion 3) Cavite vide et régulière

M- Suite de couche immédiates -----/-----/

- 1) Hémorragies du post partum immédiates 2) Simple

N- Cause des hémorragies du post partum immédiates-----/-----/

- 1) Déchirure des parties molles 2) Désunion 3) Débris
4) Atonie utérine 5) Aucune

Etat de la mère après l'accouchement

A- Etat générale de la mère -----/-----/

- 1) Bonne 2) Altère

B- Durée de surveillance du post partum immédiat----- /-----/

- 1) Inferieur ou égale à 6 heures 2) supérieur à 6 heures

C- Complication dans le post partum tardive

- 1) Oui 2) Non

D- Type de complication -----/-----/

- 1) Complication hémorragique 2) Complication infectieuse
3) Anémie 4) Autre

E- Durée d'hospitalisation-----/-----/

- 1) Inferieur à 72 heures 2) Supérieur 72 heures

F- Mère Vivante à la sortie-----/-----/

- 1) Oui 2) non

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Non : Sissoko

Prénom : Sékou Modibo

Date et lieux de naissance : Né le 04 Avril 1986 à Douentza

Titre de la thèse : Etude comparative de la révision utérine systématique ou pas après un accouchement vaginal sur utérus cicatriciel.

Année : 2015-2016

Ville de thèse : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique

Lieu de dépôt : Bibliothèque Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Résumé :

Notre étude comparative rétrospective analytique s'est déroulée dans les services de gynécologie obstétrique des centres de santé de référence des communes V et II du district de Bamako du 1^{ER} janvier au 31 décembre 2014.

Elle visait à étudier la nécessité encore de faire une révision utérine systématique après un accouchement sur utérus cicatriciel.

Durant la période d'étude 12 175 accouchements ont été enregistrés dans les deux CS Réf soit respectivement 9183 accouchements au CS Réf CV et 2 992 accouchements au CS Réf CII.

Au CS Réf CV 680 patientes admises dans le service portaient un utérus uni ou pluricatriciels contre 187 patientes en commune II.

248 femmes soit 2.70 % des patientes ont accouché par voie basse en commune V contre 86 femmes en commune II soit 2.87 % des patientes.

La classe d'âge dominante était celle de 19 à 34 ans. L'âge moyen était de 28,54 ans avec des extrêmes allant de 18 à 43 ans en commune II contre un âge moyen de 26,66 ans et des âges extrêmes allant de 17 à 45 ans en commune V.

La révision utérine a été systématique chez toutes les patientes en commune II contre seulement 3,2% des cas en commune V avec P corrige de Fischer = 10^{-6} statistiquement significatif .

La révision utérine systématique a laissé une cavité vide et régulière dans 98,80% et a permis de traiter 1 cas de rétention des débris placentaires en commune II ; cependant la révision utérine symptomatique a permis de trouver 4 cas de désunion de l'ancienne cicatrice, 2 cas de rétention des débris placentaires et a laissé une cavité vide et régulière dans 2 cas en commune V.

Le post partum immédiat a été compliqué d'hémorragie dans 1,16% des cas en commune II et 3,23% en commune V sans différence statistiquement significative.

Dans les suites de couche les complications infectieuses ont été trouvées chez 1,16% des cas en commune II et 2,02% en commune V.

Il n'y a pas eu de décès maternel dans notre série d'étude.

Dans notre contexte nous privilégions la révision utérine systématique après chaque accouchement pour éviter de mettre la vie des patientes en danger.

Mots-clés: Accouchement, utérus cicatriciel, révision utérine.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni 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 de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leur enfant l'instruction que j'ai eu 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