

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....

TITRE

Accouchements sur utérus cicatriciel à l'hôpital de Sikasso

THESE

Présentée et soutenue publiquement le .../...2023 devant la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie

Par : **M. SANOGO OUMAR SINALY**

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

Jury

Président : Monsieur Bakary Tientigui DEMBELE, *Professeur*

Membre : Monsieur Amadou BOCOUM, *Professeur*

Monsieur Moustapha Issa MANGANE, *Professeur*

Co-directeur : Monsieur Soumaila Alama TRAORE, *Maitre de recherche*

Directeur : Monsieur Youssouf TRAORE, *Professeur*

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail :

Toutes les mères, singulièrement à celles qui ont perdu la vie à la suite des complications de l'accouchement.

Aux orphelins dont les mères sont décédées après avoir leur donné la vie.

A mon père SINALY SANOGO

Merci pour l'éducation que j'ai reçu de toi, homme de conviction, de principe. Vous avez toujours contribué à la réussite de tes enfants, vous nous avez toujours appris à être juste et droit, toujours soutenu pendant les moments difficiles de ma vie, que Dieu vous donne une longue vie pour qu'on puisse toujours bénéficier de vos conseils.

A ma mère MARIAM TOURE

Ce travail est la réalisation d'un rêve qui est autant le mien que le tien. Ton amour de maman, ta présence et tes prières ne m'ont jamais fait défaut depuis que je vous ai quitté pour les études de médecine, que Dieu le tout puissant vous garde près de nous. Je t'aime maman.

REMERCIEMENTS

A ALLAH le tout puissant et miséricordieux et son prophète, paix et salut sur lui pour m'avoir donné le courage et la santé de mener ce travail, et de m'avoir donné l'énergie nécessaire pour franchir les différentes étapes de mes études. Je vous prie de me guider toujours vers le droit chemin.

A mes frères et sœurs :

CHATA SANOGO, BAKARY SINALY SANOGO, SALIA SINALY SANOGO, MAIMOUNA SINALY SANOGO, Soyez rassurer de mon amour et comptez sur mon soutien et mes conseils. Sachez que votre soutien moral et physique ne m'ont jamais fait défaut.

A mes logeurs

Yacouba Diarrassouba, Mamadou Coulibaly Recevez ici toute ma gratitude.

A la famille Dembélé : Moussa Dembélé, Drissa Dembele, ousmane Dembélé: la famille qui a tout partagé avec moi y compris les joies et les peines. Vous m'avez entouré d'une grande affection. Je vous remercie et prie Dieu le tout puissant qu'il vous accorde une bonne santé et une vie longue et heureuse

A mes amis Aboubacar Dembélé, Mohamed Keita, moussa F Traoré, moussa koumaré, Mamadou Coulibaly, Souleymane Sacko, Mamadou Sangaré.

A ma famille du point G : Dr sangho Hamadou, Dr Mariama Touré, Dr Cheick O Diarra, Dr Drissa chiaka Coulibaly Mamadou Diarra, Mahamadou Mahi Coulibaly, Abdoulaye abouzeid, Dr Cheick Oumar Bakayoko, Yaya Z Coulibaly

Vous avez été comme des frères pour moi, merci pour votre fidélité, votre confiance et surtout votre disponibilité pendant les moments difficiles.

Jamais je ne trouverai les mots exacts pour vous exprimer toute mon admiration et ma fierté. Vous m'avez entouré d'une amitié sincère. Merci

A mon logeur à Sikasso DR TRAORE ET SA FAMILLE

Merci pour votre hospitalité légendaire

Accouchements sur utérus cicatriciel à l'hôpital de Sikasso

A la FMOS : plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté. Remerciements infinis.

A tout le corps professoral de la FMOS, ce travail est avant tout le vôtre pour la qualité de l'enseignement.

À mes encadreurs du service de gynéco de l'hôpital de Sikasso :

Pr Traoré Soumaila, Dr Coulibaly moussa, Dr Touré Oumou, Dr Cissé Amara

Accouchements sur utérus cicatriciel à l'hôpital de Sikasso

Ainsi qu'à mes encadreurs de l'hôpital de Sikasso, je vous remercie infiniment du soutien moral que vous m'avez toujours apporté. J'ai beaucoup appris à vos côtés et je ne cesserais jamais de vous être reconnaissant pour les conseils prodigués.

Aux aînés Dr Malla Aissata Guindo, Dr Malla Sékou, Dr Bakary Diarra, Dr Mahamadou Traoré (foro), Dr Elizabeth Diarra vos conseils ont éclairé mon parcours, trouvez ici toute ma gratitude.

A mes collègues Lassina Coulibaly, Sarata Diakité, Diakalia Ouattara, Fanta I Sanogo ce travail est le fruit de l'entente qui a régné entre nous au sein du service. Soyez-en félicités.

A tous les stagiaires de la maternité : Ichaka ballo, Mariam Sangaré, Safiatou Dembéle, Ramata Traoré, Mariam Sacko,

A toutes les sage-femmes et infirmières de l'hôpital de Sikasso,

A tout le personnel du bloc opératoire de l'hôpital de Sikasso,

A tous les personnels de l'hôpital de Sikasso.

C'est le lieu de vous manifester toute ma sympathie et ma profonde gratitude.

A toute la 12ème promotion du numerus clausus <<Promotion du Feu Pr MAMADOU DEMBELE>>.

A l'UESCFAS (Association des élèves et étudiants ressortissants du cercle de Fana).

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

Je vous dis MERCI

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Bakary Tientigui DEMBELE

- **Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie générale au CHU Gabriel TOURE**
- **Chargé de cours à l'institut national de formation science de la santé**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHILMA)**
- **Membre de la société africaine de chirurgie.**

Cher Maître,

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

Votre sympathie, votre disponibilité surtout votre abord facile font de vous un grand Maître admiré par tout le monde.

Permettez-nous ici de vous réitérer nos sincères reconnaissances. Qu'Allah vous accorde une longue vie.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Professeur Amadou BOCOUM

- **Maitre de conférences agrégé de gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier dans le service de Gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE,**
- **Titulaire d'un diplôme inter Universitaire d'échographie en gynécologie et obstétrique en France,**
- **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire de coelioscopie en gynécologie en France,**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie de l'université paris Descartes**
- **Secrétaire général adjoint de la SO.MA. G.O.**

Cher Maître,

C'est un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre modestie et votre intérêt pour le travail bien fait font de vous un maitre admirable apprécié par tous. Soyez rassuré de notre reconnaissance la plus profonde.

A Notre Maitre et Juge

Professeur MANGANE Moustapha Issa

- **Maitre de conférences agrégé en anesthésie réanimation à la FMOS**
- **Praticien Hospitalier en Anesthésie réanimation au CHU Gabriel TOURE**
- **Chef de service du Bloc Opératoire du CHU Gabriel TOURE**
- **Titulaire d'un diplôme de neuro réanimation**
- **Membre de la société d'anesthésie réanimation médecine d'urgence (SARMU)-Mali**
- **Membre de la société d'anesthésie réanimation d'Afrique francophone (SARAF)**
- **Membre de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)**
- **Membre de la Fédération mondiale des sociétés d'Anesthésie-Réanimation (WAFSA)**

Cher Maitre,

Nous avons découvert à l'occasion de ce travail un maitre ouvert disponible qui n'a ménagé aucun effort pour la réussite de ce travail.

La clarté de votre raisonnement, votre caractère, votre compétence technique nous resteront toujours en mémoire. Trouvez ici, cher maitre, l'expression de notre profond respect et remerciement

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Soumaïla Alama TRAORE

- **Chef de service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital de Sikasso**
- **Secrétaire général de la SO.MA. GO-Sikasso**
- **Secrétaire général du CROM-Sikasso**
- **Maitre de recherche au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique**
- **Président de la commission médicale de l'hôpital de Sikasso**

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service.

Nous avons beaucoup apprécié votre attachement au travail bien fait, au respect de la déontologie et surtout ce sentiment d'amélioration de la qualité du travail au sein du service qui vous anime.

C'est le lieu et le moment pour nous de vous témoigner notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Youssouf TRAORE

- **Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine d'Odonto-Stomatologie,**
- **Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH au MALI,**
- **Titulaire d'un Diplôme Universitaire de Méthodologie de Recherche Clinique Bordeaux II**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique,**
- **Secrétaire général de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique,**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali,**
- **Enseignant-chercheur.**

Cher Maître,

C'est un immense honneur pour nous de vous avoir comme Directeur de thèse. Vous êtes une référence en matière de rigueur scientifique. Votre immense expérience, vos qualités pédagogiques, votre accueil toujours courtois et affectif font de vous un Maître respecté et admirable.

Recevez ici cher Maître, nos sincères considérations.

Liste des abréviations

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ATCD : Antécédent

ASC : Agent de santé communautaire

AVB : Accouchement par voie basse

BCF : Bruit du coeur foetal

BGR : Bassin généralement rétréci

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

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

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CPN : Consultation prénatale

CUD : Contraction utérine douloureuse

CSCOM : Centre de santé communautaire

CPON : Consultation post-natale

Cm : Centimètre

CSRef : Centre de santé de référence

DDR : Date des dernières règles

Ddl : Degré de liberté

DFP : Disproportion foeto-pelvienne

EPU : Enseignement post universitaire

FMOS : Faculté de Médecine et d'odontostomatologie

OR=Odd ratio

Fig. : Figure

g : Gramme

HPP : Hémorragie du post partum

HRP : Hématome rétro placentaire

HTA : Hypertension artérielle

HU : Hauteur utérine

IIG : Intervalle inter génésique

INSD : Institut National de la Statistique et de la Démographie

IVG : interruption volontaire de la grossesse

J1 : Jumeau un

Khi2 : Khi deux

MAF : Mouvements actifs fœtaux

MFIU : Mort foetale in utero

MIN : Minute

N-né : Nouveau-né

ODD : Objectif de développement durable

OMS : Organisation mondiale de la santé

PDE : Poche des eaux

PP : placenta prævia

P : Probabilité

PF : Planification familiale

PTME : Prévention de la transmission Mère-Enfant

RCF : Rythme cardiaque fœtal

RPM : rupture prématurée des membranes

SA : Semaine d'aménorrhée

SAGO : Société africaine de gynécologie-obstétrique

SFA : Souffrance foetale aigue

SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie- Obstétrique

SOCHIMA : Société de chirurgie du Mali

SPSS: Statistical package for the social science

WHO: World Health Organisation

Liste des figures

Figure 1 : Les trois segments de l'utérus gravide..... 29

Figure 2 : Utérus gravide de 8 mois environ. Rapports antérieurs..... 30

Figure 3: Structure du myomètre (De TOURRIS et KAMINA 32

Figure 4 : : Segment inférieur (coupe sagittale) 36

Figure 5 : : Tranche d'âge des parturientes 48

Figure 6 : Répartition en fonction de l'épreuve utérine..... 60

Liste des tableaux

Tableau I : Dimensions de l'utérus.....	26
Tableau II : variables étudiées	63
Tableau III : Répartition des parturientes en fonction de leur statut matrimonial	67
Tableau IV : Répartition des parturientes en fonction de la profession	67
Tableau V : Répartition des parturientes en fonction de leur mode d'admission.	68
Tableau VI : Répartition des parturientes en fonction du motif de consultation..	68
Tableau VII : Répartition des parturientes en fonction Gestité	69
Tableau VIII : Répartition des parturientes en fonction de la parité	69
Parité moyenne :7 avec des extrêmes de 1 à 13	69
Tableau IX : Répartition des parturientes en fonction du nombre de CPN.....	70
Tableau X : Répartition des parturientes en fonction de l'indication de la césarienne antérieure	70
Tableau XI : Répartition des parturientes en fonction du nombre de cicatrice	71
Tableau XII : : Répartition des parturientes en fonction du terme de la grossesse	71
Tableau XIII : : Répartition des parturientes en fonction des bruits du cœur foetal à l'admission	72
Tableau XIV : : Répartition des parturientes en fonction de l'état des membranes à l'admission	72
Tableau XV : : Répartition des parturientes en fonction type de présentation	73
Tableau XVI : Répartition des parturientes en fonction de la phase du travail d'accouchement à l'admission.....	73
Tableau XVII : : Répartition des parturientes en fonction du type de bassin.....	74
Tableau XVIII : Répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement	74
TableauXIX: Répartition des parturientes en fonction du type de césarienne	75
Tableau XX : Répartition des parturientes en fonction de l'indication de la césarienne	76
Tableau XXI : Répartition des parturientes en fonction de l'Apgar (1è) minute .	77
Tableau XXII : Répartition des parturientes en fonction de l'Apgar à la 5è minute	78
Tableau XXIII : Relation entre la parité et le résultat de l'épreuve utérine	79

Accouchements sur utérus cicatriciel à l'hôpital de Sikasso

Tableau XXIV : Répartition des nouveau nés en fonction du poids à la naissance	80
Tableau XXV : Répartition des parturientes en fonction des complications en per opératoire	81
Tableau XXVI : Répartition des parturientes en fonction des complications de suites de couches	82
Tableaux XXVII : prévalence des accouchements sur utérus cicatriciel retrouvées dans la littérature	85

Table des matières

1- INTRODUCTION	20
2-GENERALITES	25
3-METHODOLOGIE	60
4- RESULTATS.....	66
5- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	84
6- CONCLUSION	
7- RECOMMADATIONS :	94
8- REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES	96
-FICHE D'ENQUETE	100

INTRODUCTION

1- INTRODUCTION

L'utérus cicatriciel est un utérus porteur d'une ou de plusieurs cicatrices myométriales en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme[1].

En France, le nombre de femmes enceintes porteuses d'un utérus cicatriciel représentait **11%** de l'ensemble des parturientes et **19%** des patientes multipares en 2010[2]. En République démographique du Congo, la fréquence des accouchements sur utérus cicatriciel dans la clinique universitaire de Kinshasa était de **8.45%** en 2013[3]. BENGALY M[4] en 2014 au centre de santé de référence de Kati avait trouvé une fréquence de **3.9%** des accouchements sur utérus cicatriciel ,Fomba I[5] en 2019 avait trouvé une fréquence de **11,7%** à Dioila.

La cause principale d'utérus cicatriciel est l'antécédent de césarienne. Les cicatrices utérines liées à une chirurgie gynécologique (myomectomie, perforation sur dispositif intra-utérin, curetage) représentent moins de 5% des utérus cicatriciels et sont très peu documentées[6]

Les taux de césarienne sont en constante augmentation dans le monde, bien qu'il soit admis que des taux au-delà de 10 % n'ont pas fait la preuve de leur efficacité[7]. Cette croissance s'accompagne des complications comme : les dystocies dynamiques, les hémorragies de la délivrance par la présence d'un placenta prævia ou accréta, la déhiscence et la rupture utérine

En Afrique et particulièrement au Mali, l'incidence élevée des utérus cicatriciels serait en rapport avec les mariages précoces (bassin immatures) et la fréquence élevée des fibromes chez la femme noire alors que dans les pays à fort développement économique elle est liée à la césarienne de convenance.[8]

Une autre difficulté de la prise en charge de l'accouchement sur utérus cicatriciel est l'appréciation de la qualité de la cicatrice liée à l'absence de critères cliniques

Accouchements sur utérus cicatriciel à l'hôpital de Sikasso

satisfaisants permettant d'apprécier la valeur d'une cicatrice donc d'évaluer les risques de rupture lors d'une grossesse ou d'un accouchement ultérieur[9].

Dans notre service tant que les conditions obstétricales sont favorables (bassin normal, absence de souffrance fœtale, utérus uni cicatriciel, présentation du sommet) nous préconisons la voie naturelle tout en restant prudent. La césarienne systématique n'est réalisée que si les conditions obstétricales sont défavorables (bassin viciés utérus multi cicatriciel, souffrance fœtale, présentation autre que le sommet).

Malgré tout l'intérêt accordé à la santé maternelle et fœtale au Mali, et toute la littérature sur la pathologie obstétricale, beaucoup d'études ont été menées sur l'accouchement sur utérus cicatriciel au Mali et ailleurs mais aucune étude sur le sujet dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital de Sikasso.

L'hôpital de Sikasso étant un centre de santé de deuxième référence fait que nous recevons dans notre service presque la totalité de toutes les références évacuations de la région.

C'est pourquoi nous avons initié ce travail en nous fixant comme objectif

OBJECTIFS

OBJECTIFS

a) Objectif général :

Etudier les aspects épidémiologique-clinique, la prise en charge et le pronostic materno-fœtal des accouchements sur utérus cicatriciel dans le service de gynécologie-obstétrique à l'hôpital de Sikasso

b) Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des accouchements sur utérus cicatriciel dans le service de gynécologie-obstétrique à l'hôpital de Sikasso
- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des parturientes
- Décrire la prise en charge de l'accouchement sur utérus cicatriciel
- Décrire le pronostic maternel et fœtal.

GENERALITES

2-GENERALITES

2.1-DEFINITION :

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.

2.2 Rappel

2.2.1 - UTERUS GRAVIDE

2.2.1.1 ANATOMIE

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

Anatomiquement, l'utérus gravide comprend trois parties :

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

❖ Le corps utérin :

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

□ Situation :

- Pendant les 2 premiers mois, l'utérus reste dans le petit bassin ; il est pelvien.
- A la fin du 2ème mois, son fond déborde le bord supérieur du pubis.
- A la fin du 3ème mois, il est abdominal et nettement palpable, mesurant 8 cm.

Accouchements sur utérus cicatriciel à l'hôpital de Sikasso

A partir de ce stade, chaque mois, le fond utérin s'éloignera du pubis d'environ 4 cm pour arriver à terme à environ 32 cm. Il est alors abdominothoracique.

□ Dimension :

Avec une hauteur de 6 à 8 cm et une largeur de 4 à 5 cm en dehors de la grossesse, l'utérus se retrouve à :[10].

Tableau I : Dimensions de l'utérus

	Hauteur (cm)	Largeur (cm)
A la fin du 3ème mois	13	10
à la fin du 6ème	24	18
à terme	32	22

□ Direction :

Au début de la grossesse, l'utérus conserve ou même accentue son antéversion. Puis, il s'élève dans l'abdomen, derrière la paroi abdominale antérieure.

Les utérus rétro versés se redresseront spontanément pendant le 2ème ou 3ème mois.

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

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

Poids

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

Capacité

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

Epaisseur

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

Consistance

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

Rapports (fig. 1 et 2)

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

A terme, l'utérus est abdominal :

* En avant :

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

* En arrière :

L'utérus est en rapport avec :

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

* En haut :

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

* Latéralement :

– Le bord droit regarde en arrière, il entre en contact avec le cæcum et le côlon ascendant.

Le bord gauche, plus antérieur, répond à la masse des anses grêles refoulées et, en arrière, au côlon descendant.

– Les éléments qui se fixaient sur la corne utérine non gravide se trouvent sur l'utérus à terme plus bas sur les bords latéraux,

– Les trompes sont reportées plus en avant, les ligaments utéro-ovariques plus en arrière.

Les ligaments utérins :

Ils s'hypertrophient au cours de la grossesse. Les ligaments ronds ne commencent à s'hypertrophier que vers le 4ème mois quand l'utérus s'élève dans l'abdomen. Ils s'allongent jusqu'à 4 fois leur longueur, s'épaississent 3 à 4 fois et leur résistance à la traction s'accroît ; ils peuvent atteindre 40 g (LANGREDER). Les ligaments utéro-sacrés ascensionnent. Les feuillets pariétaux des ligaments larges s'étalent au fur et à mesure que l'utérus augmente de volume.

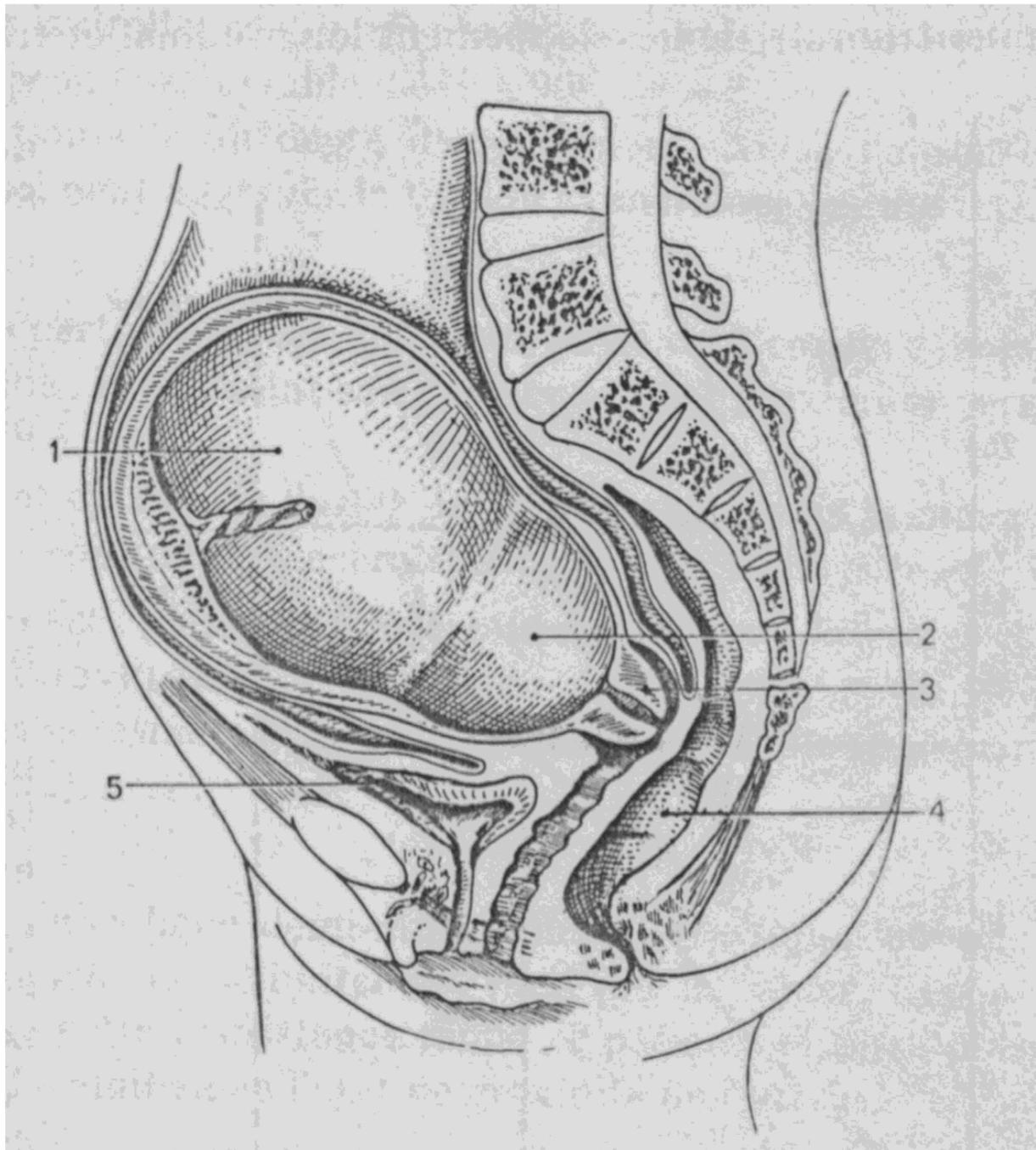


Figure 1 : Coupe sagittale du petit bassin contenant un utérus grvide[11]

1. Corps 2. Segment inférieur 3. Col
4. Rectum 5. Vessie

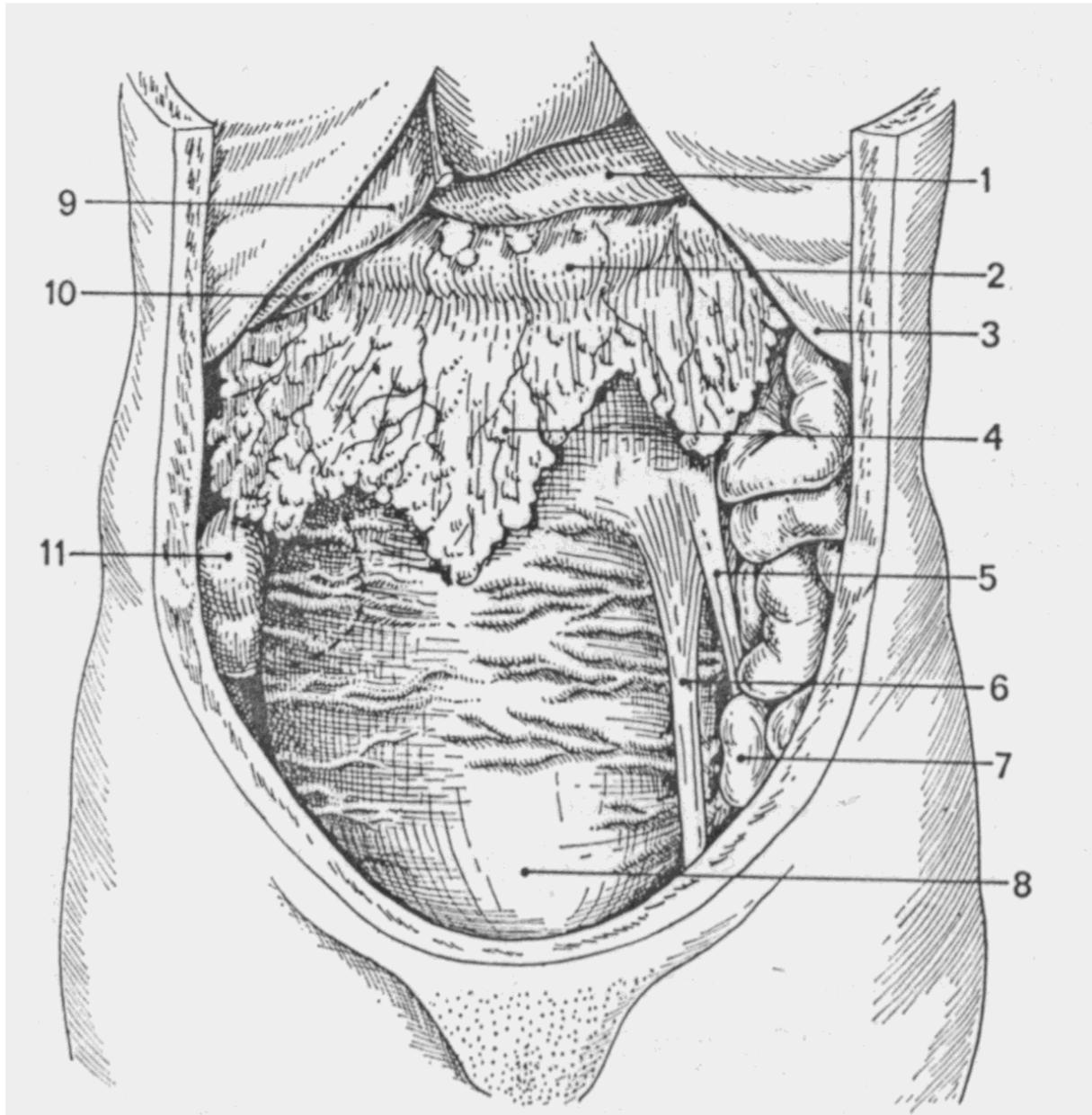


Figure 2 : Coupe coronale de l'abdomen contenant Utérus gravide de 8 mois environ. Rapports antérieurs[11].

1. estomac – 2. Côlon transverse – 3. Rebord costal – 4. Grand épiploon – 5. Trompe gauche – 6. Ligament rond – 7. Anse sigmoïde – 8. Segment inférieur – 9. Le foie – 10. Vésicule biliaire – 11. Caecum.

b) STRUCTURE :

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

□ La séreuse

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

□ La muqueuse :

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

- Une couche superficielle, caduque

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

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

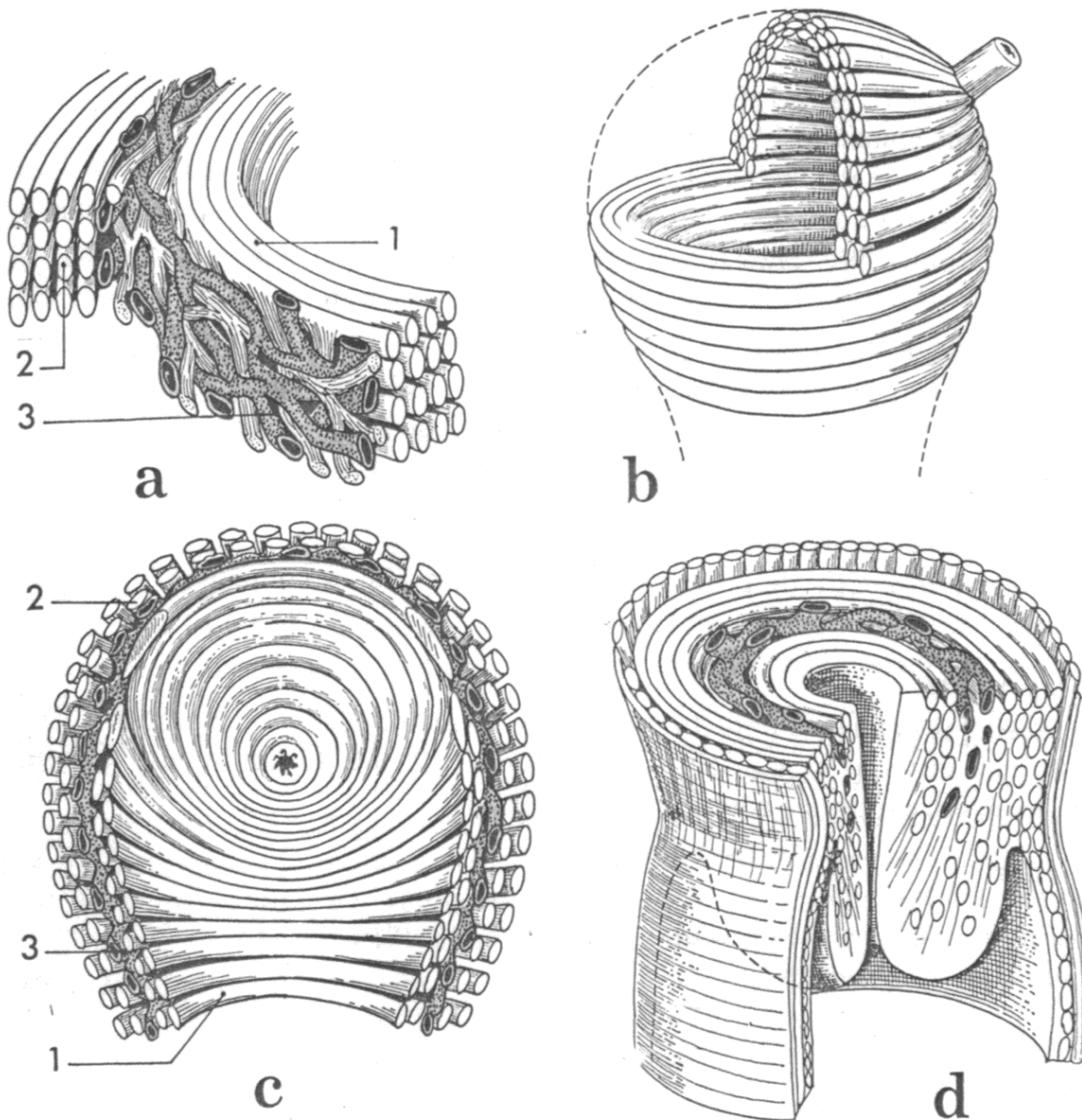


Figure 3: Structure du myomètre[11].

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

❖ Le segment inférieur :

Le segment inférieur est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme, située entre le corps et le col utérin. C'est une entité anatomique et physiologique qu'acquiert l'utérus gravide au cours de la gestation ; anatomiquement mal définie car sa forme, son étendue et ses limites sont variables. Sa minceur, sa moindre richesse en vaisseaux sanguins, en font une région de choix non seulement pour l'incision au cours des césariennes, mais encore pour les ruptures utérines.

a) Anatomie macroscopique :

□ **Forme**

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

□ **Situation**

Il occupe, au-dessus du col, le tiers inférieur de l'utérus. (Figure1=Fig1)

□ **Caractères**

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

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

□ **Limites**

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

La limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi, qui augmente assez brusquement en devenant corporéale. 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 supravaginale du col, dont la confirmation se fait par la présence de cicatrices de césariennes segmentaires au niveau du col (MAHON).

□ **Rapports** (fig 4)

* En avant :

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

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

La vessie ascensionne généralement en fin de gestation. Par ailleurs, les adhérences entre vessie et suture de césarienne favorisent l'ascension de plus en plus haut de

la vessie ; d'où la prudence à l'ouverture de la paroi lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu' il existe un utérus cicatriciel.

□ **Latéralement :**

La gaine hypogastrique contient les vaisseaux utérins croisés par l'uretère.

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

□ **En arrière :**

Le profond cul-de-sac de Douglas sépare le segment inférieur du rectum et du promontoire.

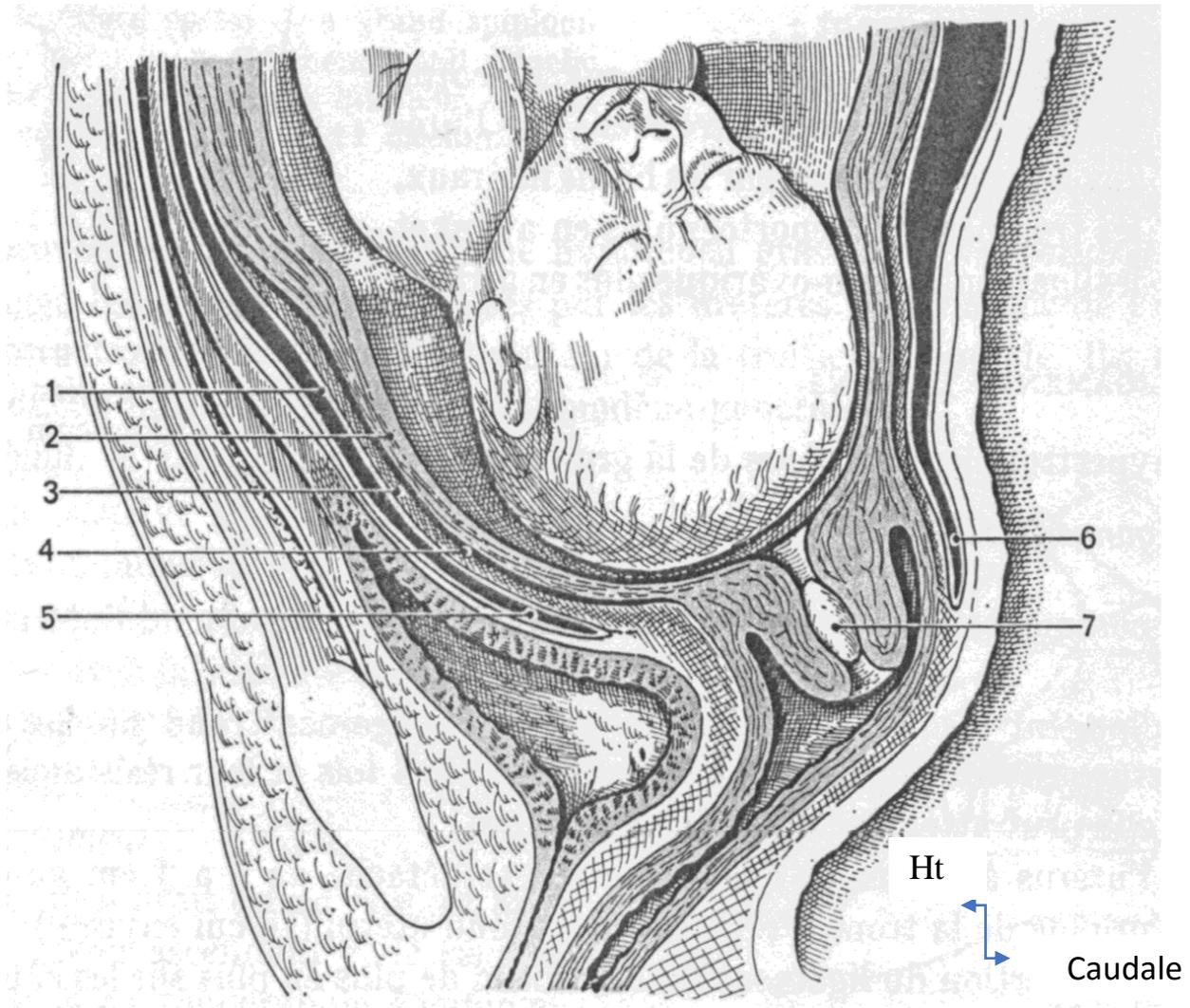


Figure 4 : coupe sagittale du petit bassin avec grossesse de 8 mois

1. péritoine pré segmentaire – 2. Segment inférieur – 3. Tissu cellulaire – 4. Fascia pré- segmentaire – 5. Cul-de-sac vésico-segmentaire – 6. Cul-de-sac recto-utérin
7. Bouchon muqueux

b) Structure :

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

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

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

c) Application pratique :

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

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

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

C'est une zone de transmission, d'accommodation et d'effacement. Sur le plan pathologique, c'est le lieu de prédilection pour les ruptures utérines, et, le point d'insertion des placentas prævia.

❖ Le col utérin :

Le col se modifie peu pendant la grossesse.

a) Anatomie macroscopique :

Son volume et sa forme ne changent pas.

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

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

b) Structure :

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

Au moment du travail, sous l'effet des contractions utérines, le canal cervical s'évase progressivement[12]

2.2.1.2. VASCULARISATION DE L'UTERUS :

❖ 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 corporeale.

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

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

❖ Les veines :

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

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

❖ Les lymphatiques :

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

2.2.1.3. INNERVATION :

Deux systèmes sont en jeu :

❖ Le système intrinsèque :

C'est un appareil nerveux autonome. Il s'occupe surtout du col et du segment inférieur et donne ainsi à l'utérus une autonomie fonctionnelle relative.

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

❖ 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.

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

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

2.2.1.4. PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS GRAVIDE :

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

Au début les contractions utérines sont espacées, peu intenses et indolores. Elles sont infra-cliniques. Ce sont les contractions de Braton Hics.

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

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

Les contractions utérines peuvent naître de n'importe quel point du muscle utérin. L'activité a un double but :

- la dilatation du col
- l'accommodation foeto-pelvienne.

❖ La dilatation du col :

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

a) Phase préliminaire ou phase de formation du segment inférieur :

Elle a lieu dans les dernières semaines de la gestation sous l'effet des pressions exercées par les contractions utérines et du tonus permanent de l'utérus.

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

b) Phase concomitante :

Se caractérise par :

- le décollement du pôle inférieur de l'oeuf et
- la formation de la poche des eaux.

c) Phase de réalisation :

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

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

❖ **La progression du fœtus** : comprend :

- l'engagement : c'est le franchissement de l'aire du détroit supérieur par la présentation,
- la rotation et la descente intra-pelvienne,
- le dégagement : les contractions des muscles abdominaux et le réflexe de poussée sont indispensables pour que l'expulsion du fœtus ait lieu. Ils sont associés aux contractions utérines.

2.2.2 CARACTERISATION DE LA PLAIE OPERATOIRE :

A)Etat de la cicatrice[13] :

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

Ces phénomènes admirablement étudiés par Ruiz-Velasco permettent d'expliquer, au niveau de la cicatrice utérine, la perte des qualités d'extensibilité et de contractilité propres aux fibres musculaires intactes, entravant plus ou moins la

transmission au col de l'activité utérine. La qualité d'une cicatrice est proportionnelle à la quantité des fibres musculaires utérines et inversement proportionnelle à la quantité du tissu fibreux, à l'importance de la hyalinisation et à la rareté des éléments vasculaires[14].

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

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

B) Etiologie :

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

C) Interventions chirurgicales :

c.1) Obstétricales :

□ Césarienne :

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

- La césarienne corporéale est une incision-ouverture sagittale verticale du corps utérin. Elle contre-indique le travail en raison du risque élevé de rupture utérine.

On y classe dans la même catégorie les incisions segmento-corporéales ainsi que la mini-césarienne pour avortement thérapeutique du 2ème trimestre qui, elle aussi, est corporéale.[15]

- La césarienne segmentaire est pratiquement toujours transversale mais elle peut être parfois verticale avec un risque que l'incision se prolonge vers le haut la transformant en segmento-corporéale. Toutefois l'incision transversale doit être

suffisamment large et arciforme à concavité supérieure pour éviter de voir « filer » l'incision latéralement avec le risque d'une atteinte du pédicule vasculaire utérin qui pose alors parfois de délicats problèmes d'hémostase. Toutefois dans l'hystérotomie segmentaire, la qualité de la cicatrice tient pour beaucoup à la bonne exécution de la suture. En raison de la disposition lamellaire des plans du segment inférieur, surtout dans l'incision transversale, on doit prendre le soin de charger avec l'aiguille, de chaque côté, la totalité de l'épaisseur des tranches. Un opérateur insuffisamment entraîné peut fort ne saisir qu'une des lames et il est probable qu'une partie des désunions futures tiennent de cette faute technique aisément évitable.

□ **Curetages :**

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

Mais le fait qu'elles aient été retrouvées parmi les étiologies de ruptures utérines recommande une vigilance toute particulière à observer lors d'un accouchement par voie basse sur utérus fragilisé[16].

c.2) 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[16] :**

Pour beaucoup la non ouverture de la cavité est un critère de solidité.

A l'inverse, d'autres pensent que l'ouverture de la cavité lors d'une importante myomectomie interstitielle ou sous-muqueuse permet d'assurer un meilleur drainage de la loge de myomectomie qui aura, par ailleurs, été méticuleusement capitonnée par des points éversants dont les chefs auront été laissés libres dans la

cavité utérine, s'interposant ainsi entre les deux parois utérines. La seule notion de myomectomie est insuffisante et on se doit de vérifier sur le compte-rendu opératoire : le siège, la taille, le nombre des myomes, ainsi que le nombre de cicatrices nécessaire à leur extirpation. Enfin on tiendra compte de la complexité de l'hystéroplastie secondaire qui a été nécessaire.

□ **Hystéroplasties :**

- intervention de Strassman (1907):

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

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

Il s'agit d'une technique abdominale très ingénieuse de section de la cloison sans résection du myomètre ni même résection de l'étoffe de la cloison. Le principe de cette opération maintenant périmée, dans les pays développés, mérite un rappel : incision sagittale médiane de l'utérus jusqu' au bout inférieur de la cloison ; les deux hémi-cloisons ainsi formées sont sectionnées de bas en haut à mi-distance des faces antérieure et postérieure sous le contrôle de la vue ; l'utérus est refermé en deux plans dans le sens de son incision.

Les résultats excellents de cette opération, tant sur le taux de grossesse que sur la qualité de la cavité utérine et du myomètre, ont transformé le pronostic de l'affection. La nécessité d'une laparotomie, confrontée à l'existence d'un taux de naissances vivantes sans traitement ou sous couvert d'un simple cerclage de l'ordre

de 50 %, faisaient cependant reculer l'indication opératoire après la survenue de 2 à 3 avortements caractéristiques[17].

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 2ème trimestre de la grossesse et sa traduction clinique est souvent bruyante avec un tableau d'hémorragie interne.

Il n'y a pas de moyen absolu de se prémunir de telles ruptures de la corne après salpingectomie, que l'on ait ou pas conservé la portion interstitielle de la trompe, l'oeuf pouvant s'implanter dans la paroi utérine en cas de résection ou dans le moignon interstitiel restant.

c.3) Accidents au cours du travail : Ruptures utérines

Elles sont soit spontanées soit provoquées.

□ Ruptures spontanées :

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

□ Ruptures provoquées :

Elles sont iatrogènes et la conséquence d'un manque de vigilance ou de compétence. Il s'agit la plupart du temps de l'utilisation abusive d'ocytociques (Syntocinon®) et de prostaglandines (Cytotec®), de pratique de manœuvres obstétricales instrumentales et non instrumentales.

c.4) Traumatismes :

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

2.3- Complications d'un accouchement dans un contexte d'utérus cicatriciel :

2.3.1. 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,
- ruptures complètes.

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

Dans les pays développés ces ruptures deviennent rares en raison d'une disparition progressive et souhaitable du nombre des césariennes corporéales mais ce type de rupture se voit toujours dans nos pays en voie de développement malgré la prédominance des césariennes segmentaires.

Dans les ruptures incomplètes, le péritoine viscéral et les membranes ovulaires restant intacts, le fœtus va continuer à séjourner dans l'utérus expliquant ainsi la différence de mortalité foetale entraînée par ces deux types de ruptures. Cette déhiscence peut atteindre tout ou partie de la réalisation quasi exclusive de césariennes segmentaires. Actuellement, dans les pays développés, le nombre de ruptures asymptomatiques est beaucoup plus fréquent, surtout pour les déhiscences qui sont pratiquement toujours une découverte soit opératoire lors de la césarienne soit au moment de la révision utérine. Les signes d'alarme classique représentés par l'hémorragie, la douleur au niveau de la cicatrice et la souffrance foetale aiguë,

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

2.3.2. Placenta prævia :

L'implantation anormale basse du placenta a des conséquences hémorragiques parfois désastreuses dont on ne doit 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 début de travail.

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

2.3.3- Diagnostic des différentes complications:

a) Rupture utérine sur utérus cicatriciel :

La rupture pendant la grossesse, volontiers, survient sur un utérus mal formé ou cicatriciel. La cicatrice est généralement corporeale. Les ruptures utérines des utérus porteurs de cicatrices se caractérisent par leur allure sournoise ; d'où l'intérêt d'une anamnèse minutieuse.

La femme a quelques signes de choc, et, à l'examen les bruits du coeur foetal ont disparu, l'utérus a changé de forme ; parfois à côté de lui, on perçoit le foetus sous la paroi.

Le choc hémorragique est dans la plupart des cas, rare. Il y aura plutôt une hémorragie minime, la cicatrice désunie étant une zone peu vascularisée. Les signes de péritonite sont très peu marqués, voire absents. Ils sont remplacés par une irritation péritonéale à type de douleurs diffuses avec iléus paralytique. Il peut s'associer à une anémie clinique plus ou moins marquée. La connaissance de

l'opération antérieure permet de faire aisément le diagnostic. L'examen doit être complet et mené avec minutie.

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

b) Rupture utérine et placenta accréta :

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

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

- après une révision,
- après une manoeuvre qui, laborieuse au début, devient brusquement facile,
- lorsque tous les signes cliniques sont réunis : choc hémorragique, bruit du coeur fœtal négatif, foetus sous la peau.

Dans ce cas, le diagnostic s'impose par son évidence.

Au contraire, le diagnostic devient problématique en cas :

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

2.4-CONDUITE A TENIR LORS D'UN NOUVEL ACCOUCHEMENT :[18], [19]

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

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

Pour la césarienne :

Toute césarienne corporeale antérieure est une indication de la césarienne itérative.

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

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

Alors même que l'accouchement par les voies naturelles a été jugé possible, une césarienne peut encore être décidée au cours du travail pour anomalies contractiles avec arrêt de progression de la dilatation, défaut d'engagement, souffrance foetale, ou en raison de l'apparition de signes pouvant faire redouter une rupture

Endolorissement permanent, douleurs provoquées dans la région sus-pubienne, perte de sang etc.

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

2.4.1- La césarienne prophylactique[20]:

a) - Les indications :

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

Les rétrécissements pelviens :

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

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

La cicatrice utérine :

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

- cicatrices corporéales ou de cicatrices segmentaires avec trait de refend corporéal,
- cicatrices des mini- césariennes pour interruption tardive de grossesse ou, perforations utérines d'IVG, compliquées d'infections : fièvre élevée et persistante, suppuration, lochies fétides, rejet de débris sphacéliques ;
- cicatrices utérines multiples (par exemple césarienne + myomectomie ou myomectomies multiples),
- cicatrice de césarienne sur un utérus mal formé - cicatrice de la classe IV de Poitevin, c'est à dire dont le diverticule mesuré sur l'hystérographie fait plus de 6 mm où présente un trajet fistuleux.

-patientes ayant eu une complication infectieuse pelvienne prouvée à l'issue de la césarienne antérieure.

-cicatrices utérines dont on ignore l'indication, la technique de réalisation, les suites, surtout si elles ont été réalisées dans un pays où la densité médicale est faible.

La grossesse actuelle :

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

-une sur distension utérine (macrosomie, grossesse gémellaire, hydramnios) ;

-une présentation autre que celle du sommet ;

-un placenta prævia antérieur.

b) Particularités techniques de la césarienne :

La morbidité maternelle n'est pas augmentée lors des césariennes itératives si elles sont réalisées par un opérateur entraîné.

L'ascension du dôme vésical est fréquente et expose davantage la vessie à une blessure, il faut donc en tenir compte lors de l'ouverture du péritoine. L'hystérotomie et sa suture ne posent pas de difficultés particulières même après trois césariennes.

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

L'état de la cicatrice, la découverte d'un pré rupture ou d'importantes adhérences doit faire poser une indication médicale de stérilisation ; mais bien entendu on sera plus à l'aise si on a le consentement écrit de la patiente.

Il faut savoir discuter le dogme de la ligature à la troisième césarienne ; 4 voire 5 césariennes sont possibles si la femme le souhaite et si les conditions anatomiques sont bonnes. En aucun cas l'opérateur n'est autorisé à lier les trompes si la patiente

lui a signifié son refus. La stérilisation tubaire, même au cours d'une 3ème césarienne doit être envisagée avec beaucoup de réticence chez les patientes de moins de 30 ans.

Dans tous les cas il faut s'assurer que l'enfant qu'on vient d'extraire ne présente aucune tare majeure. En cas d'hésitation, on peut toujours pratiquer une stérilisation secondaire après discussion avec le couple.

2.4.2- L'épreuve utérine[21]:

a) Conditions de réalisation :

Les trois risques de l'épreuve sont la rupture utérine, la souffrance foetale et l'échec. Le maître mot est la vigilance.

L'obligation de se donner tous les moyens de surveillances disponibles est une règle intangible.

b) Cas favorables :

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

Les éléments du pronostic sont constitués par :

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

L'absence de malformation utérine

L'absence de pathologie maternelle contre-indiquant la voie basse

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

c) Cas limites :

La constatation d'un rétrécissement pelvien modéré est fréquente au cours de ce bilan. Elle ne doit pas être pour autant une contre-indication de l'épreuve utérine tant que la confrontation céphalo-pelvienne sur le diagramme de Magnin se situe dans la zone d'eutocie, et qu'il n'existe pas de signes cliniques défavorables.

Cependant, il est nécessaire qu'en cas de rétrécissement pelvien celui-ci soit noté sur le dossier, et que les consignes soient données pour une épreuve utérine prudente en précisant son pronostic et sa durée (surtout si l'on se situe dans la zone d'incertitude du diagramme de confrontation céphalo-pelvienne[22]).

2.4.3- Déclenchement et utérus cicatriciel :

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

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

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

2.4.4- Conduite de l'épreuve utérine :

a) Les éléments de surveillance :

Les contractions utérines :

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

La modification brutale de l'activité utérine doit immédiatement faire penser à une rupture utérine.

Le rythme cardiaque fœtal :

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

Les signes cliniques de la rupture utérine :

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

- la douleur au niveau de la cicatrice pendant la contraction et persistant en dehors d'elle est évocatrice ;

- un saignement vaginal est inconstant mais également évocateur, une hypocinésie avec stagnation de la dilatation alors que les contractions étaient régulières est un signe d'alarme, de même qu'une hypercinésie de fréquence ou une élévation du tonus de base ;

- la souffrance foetale aiguë, la tachycardie maternelle, l'état de choc avec hématurie réalisent des tableaux évidents et tardifs. Au total, c'est sur un ensemble de signes minimes que la pré rupture ou la rupture doivent être évoquées, leur association à une stagnation ou à un ralentissement de la dilatation justifie la césarienne.

2.4.5- Evolution du travail dans l'épreuve utérine :

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

L'hypocinésie est la cause la plus habituelle. Son diagnostic et son traitement par les ocytociques nécessitent la tocographie interne. En l'absence de cette technologie, le diagnostic peut parfois passer inaperçu et la prescription d'ocytocique est interdite car dangereuse ; dans ces cas-là on passe à la césarienne.

La dystocie cervicale est diagnostiquée devant une stagnation de la dilatation avec une activité utérine correcte. Le col est rigide, des antispasmodiques doivent être administrés et leur effet jugé rapidement. En cas de stagnation de la dilatation pendant 2 heures ou de dilatation inférieure à 1 cm par heure, il faut pratiquer une césarienne. L'existence d'une cicatrice utérine est une contre-indication à l'analgésie péridurale qui peut masquer la douleur symptomatique d'une rupture utérine, et qui est souvent à l'origine d'une hypocinésie transitoire.

Cette contre-indication n'est pas toujours respectée et ceux qui l'utilisent estiment qu'une analgésie péridurale bien conduite ne supprime pas les douleurs d'une pré rupture.

a) L'expulsion :

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

b) La révision utérine :

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

□ La rupture de la cicatrice :

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

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

On recherche une brèche vésicale avec le doigt. Lors du sondage qui précède la laparotomie, les urines sont sanglantes, le doigt utérin sent le contact du ballonnet en avant. Lors de l'intervention, la présence de sang dans le ventre est le signe de la déchirure péritonéale. Après avoir décailloté, on repère les berges de la déchirure et détermine l'atteinte d'un ou des deux pédicules et l'état de la vessie.

L'hystérectomie conservant les ovaires s'impose si les lésions intéressent les deux pédicules utérins ou s'étendent au corps utérin. Le plus souvent, la suture de la brèche est possible après régularisation des bords de la brèche, même si un seul pédicule utérin est intact, l'autre étant bien sûr lié. La suture est faite comme dans les césariennes. On vérifie la vessie qui sera éventuellement suturée avec du fil résorbable (Vicryl). On discutera d'une ligature tubaire.

□ La déhiscence de la cicatrice :

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

2.4.6-. CLASSIFICATION DES UTERUS CICATRICIELS :

a) Classification hystérosalpingographique selon Thoulon : [23]

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

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

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

b)-Classification échographique selon Rozenberg

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

Accouchements sur utérus cicatriciel à l'hôpital de Sikasso

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

L'interprétation des coupes sagittales est plus difficile et controversée

METHODOLOGIE

3-METHODOLOGIE

3.1-Cadre d'étude :

Ce travail s'est déroulé dans le service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital de Sikasso.

Le service de la gynécologie-obstétrique est divisé en trois grands blocs qui sont :

Le bloc obstétrical comprend :

L'accueil :

La zone d'accouchement qui est composée de :

Une salle de travail avec trois lits, une salle d'accouchement avec deux tables d'accouchement, un lit d'accouchement et un coin de réanimation des nouveau-nés de deux postes constitués d'un appareil d'aspiration et de deux lampes chauffantes ; une salle de suites de couches de six lits ;

Cette entité est sous la surveillance de trois sage-femmes et deux infirmières obstétriciennes.

Le bloc opératoire comprend :

1 salle d'opération pour toutes les urgences gynéco-obstétriques et une salle de réveil avec 3 lits surveillés par deux infirmières. Hystérectomies dans le service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital de Sikasso

L'hospitalisation

L'hospitalisation de la gynécologie obstétrique est composée : les suites de couches, les césarisées, les grossesses pathologiques et les pathologies gynécologiques médicales et chirurgicales.

La consultation externe est disposée en salle de consultation gynécologique (CPN de référence, et grossesses à risque) ; une salle de CPN (pour grossesse normale et planification familiale) ; une salle de dépistage du cancer du col et une salle de préparation à l'accouchement (École des mères).

3.2-Type d'étude et période :

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique cas-Témoins (1cas-2témoins) qui s'est déroulée du 01 juillet 2021 au 30 juin 2022 soit 12 mois.

Population d'étude :

Notre étude a porté sur toutes les gestantes qui ont accouché dans le service pendant la période d'étude.

3.3-Echantillonnage :

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif prenant en compte tous les cas répondant à nos critères d'inclusion.

a) Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans cette étude

Cas

Toutes les parturientes ayant accouché dans le service et portant une ou plusieurs cicatrices utérine pendant la période d'étude.

Témoins

Sont considérées comme témoins toutes parturientes dont l'utérus était indemne de cicatrice.

b) Critères de non inclusion

N'ont pas été prises en compte dans cette étude

Cas

Les parturientes ayant un antécédent de perforations utérines, de myomectomies, et les accouchements sur utérus cicatriciel non réalisés dans le service.

Témoins

Les accouchements non réalisés dans le service, les dossiers non exploitables

c) Critère d'appariement :

Nous avons pris un cas d'utérus cicatriciel et deux cas d'utérus non cicatriciel accouchés immédiatement avant et après le cas (1 contre 2) quel que soit leur âge et leurs antécédents obstétricaux.

3.4- Supports et collecte des données

Nos données ont été enregistrées sur une fiche d'enquête à partir des supports suivants : le partogramme, le registre d'accouchement, les protocoles opératoires et des dossiers obstétricaux

3.5-La saisie et l'analyse des données

Nous avons utilisé le logiciel SPSS version 20 pour la saisie et l'analyse des données.

Les tests statistiques utilisés sont le test de Chi carré Pearson significatif si $P < 0,05$

L'Odd Ratio et son intervalle de confiance à 95% (IC95%)

3.6-Variables étudiées

Tableau II : variables étudiées

Variabes	Nature	Echelle	Technique de Collecte
Age (en année)	Qualitative	An	Lecture
Statut matrimonial	Qualitative nominative		Lecture
Profession	Qualitative nominative		Lecture
Mode d'admission	Qualitative nominative		Lecture
ATCD médicaux	Qualitative nominative		Lecture
Parité	Quantitative discontinue		Lecture
Taille	Quantitative continue	Cm	Lecture
Bassin	Qualitative	1 : Bassin normal, 2 : Bassin vicieux	Lecture
Antécédent (ATCD) d'avortement	Qualitative	1 : oui 2 : non	Lecture
ATCD chirurgicaux	Quantitative		Lecture
Nombre de cicatrice utérine	Quantitative discontinue		Lecture

CPN	Logique	0 : non faite Inf à 3 Sup à 3	Lecture
Terme de la Grossesse	Quantitative discontinue	Semaine d'aménorrhée (S.A).	Lecture
Dilatation du col	Quantitative discontinue	Centimètre (Cm)	Lecture
Hauteur utérine	Quantitative	Cm	Lecture
Type de présentation	Qualitative	1 : sommet 2 : front Etc...	Lecture
Voie d'accouchement	Qualitative	1 : voie haute 2 : voie basse	Lecture
Etat du nouveau-né	Quantitative	Apgar de 0 à 10	Lecture
Poids du nouveau-né	Quantitative continue	g (gramme)	Lecture
Taille du nouveau-né	Quantitative continue	Cm	Lecture
Pronostic maternel	Qualitative	Morbidité Mortalité	Lecture

3.7-Aspects éthiques :

Les dossiers ont été exploités en fonction de l'anonymat, les résultats de ce travail seront à la disposition de tous les praticiens pour le bien-être des mères et de leurs nouveau-nés.

RESULTATS

4- RESULTATS

4.1-Frequence globale :

Durant la période d'étude nous avons enregistré 176 cas d'accouchement sur utérus cicatriciel sur 2258 accouchements ; soit une fréquence de 7,8%.

4.2-Caractéristiques socio-démographiques :

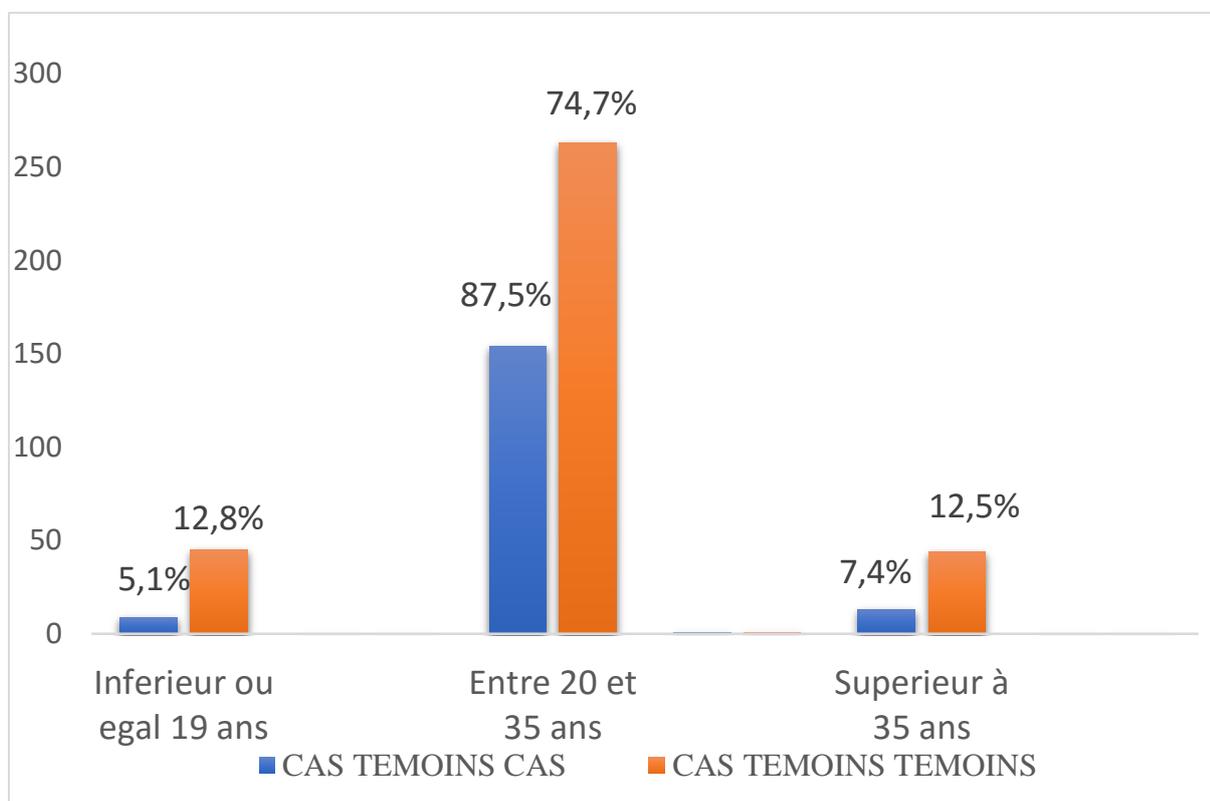


Figure 5 : Répartition selon Tranche d'âge des parturientes

Tableau III : Répartition des parturientes en fonction de leur statut matrimonial

Statut matrimonial	CAS		TM		OR (IC 95%)	p
		(%)		(%)		
Marié	175	(99,4)	342	(97)	5,12(0,65-40,3)	0,08
Célibataire	1	(0,5)	10	(2,8)	Référence	
Total	176	(100)	352	(100)		

Tableau IV : Répartition des parturientes en fonction de la profession

Profession	CAS		TM		OR(IC95%)	P
		%		%		
Ménagère	158	(89,7)	287	(81,5)	6,06(1,41-26,1)	0,014
Elève-Etudiant	2	(1,1)	22	(6,2)	Référence	
Fonctionnaire	12	(6,8)	27	(7,6)	4,89(0,99-24,2)	0,72
Vendeuse	4	(2,3)	16	(4,5)	2,75(0,45-16,9)	0,19
Total	176	(100)	352	(100)		

1-L'admission

Tableau V : Répartition des parturientes en fonction de leur mode d'admission

Mode d'admission	CAS		TM		OR (Ic95%)	P
	CAS	%	TM	%		
Venue d'elle	137	77,8	331	(94)	Référence	
Référée	15	8,5	7	(1,9)	5,18(2,07-12,9)	0,00
Evacuée	24	13,6	14	(3,9)	4,14(2,08-8,24)	0,00
Total	176	100	352	(100)		

2-Characteristiques cliniques

Tableau VI : Répartition des parturientes en fonction du motif de consultation

Motif d'admission	CAS		TM		Total
	CAS	%	TM	%	
Césarienne programmée	74	(42)	1	(0,2)	75
BGR/ Utérus cicatriciel	8	(4,5)	0	0	8
Contraction utérine/grossesse	60	(34)	330	(93,7)	390
Hauteur utérine excessive	2	(1,1)	6	(1,7)	8
Utérus bicicatriciel en travail	17	(9,6)	0	0	17
Rupture prématurée membrane	5	(2,8)	11	(3,1)	16
Bassin limite/utérus cicatriciel	8	(4,5)	0	0	8
Syndrome pré-rupture	0	0	1	(0,2)	1
Saignement sur grossesse	2	(1,1)	2	(0,5)	4
Rupture utérine	0	0	1	(0,2)	1
Total	176	(100)	352	(100)	528

Tableau VII : Répartition des parturientes en fonction Gestité

Gestité						P
	Cas	%	TM	%	OR (IC 95%)	
Primigeste	0	0	64	(18,1)	
Paucigeste	110	(62,5)	136	(38,6)	Reference	
Multigeste	47	(26,7)	92	(26,1)	0,63(0,41-0,97)	0,88
Grande multigeste	19	(10,7)	60	(17)	0,39(0,22-0,69)	0,05
Total	176	(100)	352	(100)		

Gestité moyenne 8 avec des extrêmes de 1 à 14

Parité :

Tableau VIII : Répartition des parturientes en fonction de la parité

Parité						p
	CAS	%	TM	%	OR (IC 95%)	
Primipare	57	(32,3)	146	(41,4)	Référence	
Paucipare	84	(47,7)	107	(30,3)	2,01(1,32-3,06)	9,35
Multipare	27	(15,3)	64	(18,1)	0,53(0,32-0,87)	0,41
Grande multipare	8	(4,5)	35	(9,9)	0,59(0,26-1,35)	0,03
Total	176	(100)	352	(100)		

Parité moyenne :7 avec des extrêmes de 1 à 13

Tableau IX : Répartition des parturientes en fonction du nombre de CPN

Nombre consultation						
Prénatal réalisé	CAS	%	TM	%	OR (Ic95%)	P
0	6	(3,4)	27	(7,6)	0,47(0,19-1,18)	0,05
1-3	74	(42)	121	(34,3)	1,3(0,89-1,9)	0,08
≥ 4	96	(54,4)	204	(57,9)	Référence	
Total	176	(100)	352	(100)		

Tableau X : Répartition des parturientes en fonction de l'indication de la césarienne antérieure

Indication de la césarienne		
Antérieure	Effectifs	%
Souffrance foetale aigue	50	(28,4)
Procidence du cordon	5	(2,84)
Placenta prævia hémorragique	4	(2,27)
Hématome retro placentaire	5	(2,84)
Utérus cicatriciel/bassin limite	22	(12,5)
Bassin généralement rétréci	18	(10,22)
Echec épreuve de travail	14	(7,95)
Utérus bi cicatriciel	13	(7,38)
Siège chez primipare	6	(3,34)
Non préciser	39	(22,1)
Total	176	(100)

Tableau XI : Répartition des parturientes en fonction du nombre de cicatrice

Nombre de cicatrice	Effectif	%
Uni cicatriciel	118	(67,04)
Bi cicatriciel	44	(25,0)
Tri cicatriciel	14	(7,95)
Total	176	(100)

Tableau XII : Répartition des parturientes en fonction du terme de la grossesse

Age de la Grossesse	CAS		TM		OR (Ic 95%)	P
	CAS	%	TM	%		
< 37 SA	2	(1,16)	18	(5,40)	0,05(0,01-0,22)	0,02
37-39 SA	153	(89,47)	64	(19,21)	Référence	
39-42 SA	14	(8,18)	248	(74,47)	0,02(0,01-0,04)	0
>42 SA	2	(1,16)	3	(0,90)	0,28(0,05-1,72)	0,00
Total	171	(100)	333	(100)		

Tableau XIII : : Répartition des parturientes en fonction des bruits du cœur fœtal à l'admission

Bruit du coeur Fœtal	CAS	%	TM	%	OR (Ic 95%)	P
< 120	5	(2,8)	8	(2,2)	1,22(0,39-3,79)	0,69
120-160	165	93,7	321	(91,1)	Référence	
>160	4	(2,2)	8	(2,2)	0,9(0,2-3,2)	1
0	2	(1,1)	15	(4,2)	0,26(0,06-1,15)	0,05
Total	176	(100)	352	(100)		

Tableau XIV : : Répartition des parturientes en fonction de l'état des membranes à l'admission

Etat des Membranes	CAS TEMOINS		TM	%
	Cas	%		
Intactes	153	(86,9)	230	(65,3)
Rompues	23	(13)	122	(34,6)
Total	176	(100)	352	(100)

Tableau XV : Répartition des parturientes en fonction type de présentation

Type de présentation	Cas	%	TM	%
Sommet	168	(95,4)	339	(96,3)
Front	0	0	2	(0,5)
Siège	6	(3,4)	11	(3,1)
Transversale	2	(1,1)	0	0
Total	176	(100)	352	(100)

Tableau XVI : Répartition des parturientes en fonction de la phase du travail d'accouchement à l'admission

Phase du travail d'accouchement	CAS	%	TM	%
Phase de latence	40	(40,81)	50	(14,2)
Phase active	57	(58,16)	278	(78,9)
Phase expulsive	1	(1,01)	24	(6,81)
Total	98	(100)	352	(100)

Tableau XVII : Répartition des parturientes en fonction du type de bassin

Gestité						P
	Cas	%	TM	%	OR (IC 95%)	
Bassin normal	84	(47,72)	347	(98,57)	Reference	
Bassin rétréci	92	(52,27)	5	(1,42)	76,01(29,9-192,8)	0,00
Total	176	(100)	352	(100)		

Tableau XVIII : Répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement

Voie d'accouchement						P
	Cas	%	TM	%	OR (IC 95%)	
Voie basse	17	(9,65)	333	(94,60)	Reference	
Voie haute	159	(90,34)	19	(5,39)	163,9(82,9-323,9)	0,00
Total	176	(100)	352	(100)		

TableauXIX: Répartition des parturientes en fonction du type de césarienne

Type Césarienne	CAS	%	TM	%	OR Ic(95%)	P
Césarienne programmée	74	(42)	1	(0,2)	Référence	
Césarienne d'urgence	85	(48,34)	18	(5,2)	0,06(0,01-0,46)	1,95
Total	132	(100)	19	(100)		

Tableau XX : Répartition des parturientes en fonction de l'indication de la césarienne

Indication de la césarienne	CAS TEMOINS			
	Cas	%	TM	%
Souffrance foetale aigue	12	(7,53)	5	(26,31)
HRP	1	(0,62)	1	(5,26)
Utérus bicicatriciel	43	(27,04)	0	0
Placenta prævia	1	(0,62)	1	(5,26)
Syndrome de pré-rupture	2	(1,25)	5	(26,31)
BGR/utérus cicatriciel	18	(13,32)	4	(21,05)
Utérus cicatriciel/BL	51	(32,07)	0	0
Procubitus du cordon	0	0	1	(5,26)
Utérus tri cicatriciel	15	(9,43)	0	0
Siège/utérus cicatriciel	8	(5,03)	0	0
IIC/utérus cicatriciel	8	(5,03)	0	0
Présentation vicieuse	0	0	2	(10,52)
Total	159	(100)	19	(100)

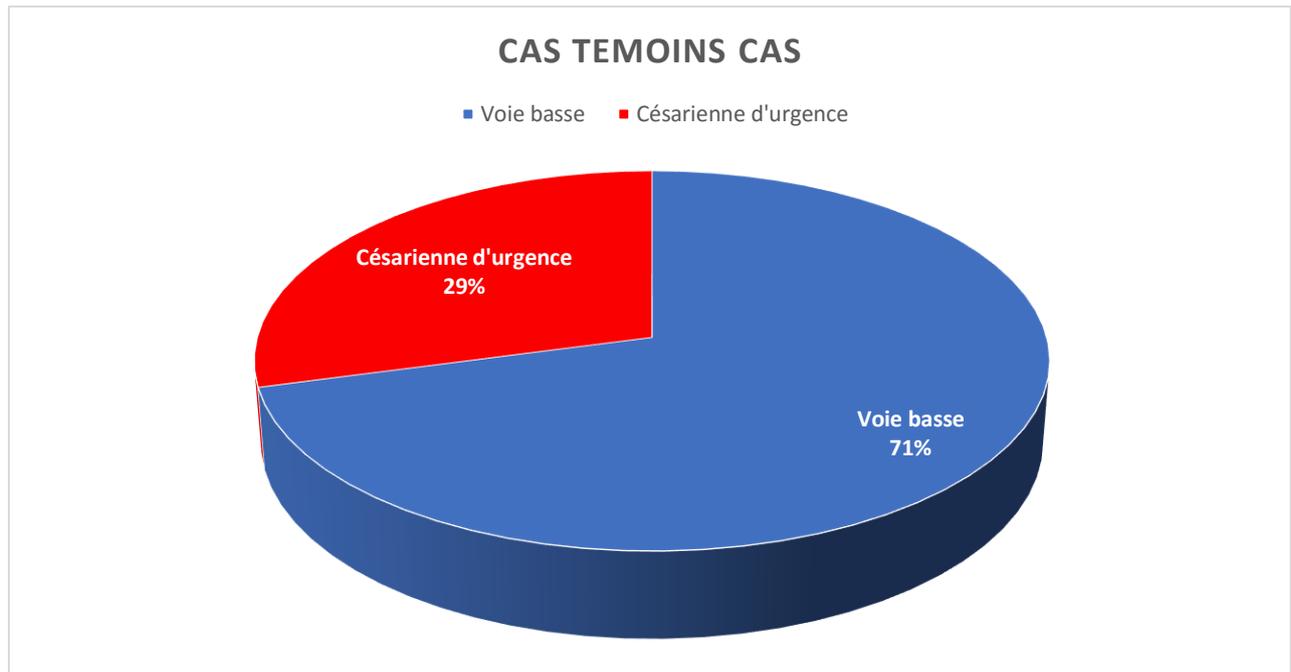


Figure 6 : Répartition en fonction de l'épreuve utérine
N=25

Tableau XXI : Répartition des parturientes en fonction de l'Apgar (1^{ère}) minute

APGAR (1)'mn	CAS	%	TM	%	OR (Ic95%)	P
0	3	(1,7)	16	(4,5)	0,38(0,1-1,32)	0,09
1- 3	1	(0,5)	1	(0,2)	2,01(0,12-32,3)	0,61
4 - 7	14	(7,9)	18	(5,1)	1,5(0,76-3,2)	0,19
≥ 8	158	(89,7)	317	(90,0)	Référence	
Total	176	(100)	352	(100)		

Tableau XXII : Répartition des parturientes en fonction de l'Apgar à la 5^e minute

APGAR (5)'mn	CAS	%	TM	%	OR (Ic95%)	P
0	4	(2,2)	17	(4,8)	0,46(0,15-1,39)	0,15
1-3	0	0	0	0		
4-7	6	(3,4)	9	(2,5)	1,3(0,46-3,74)	0,57
≥ 8	166	(94,3)	326	(92,6)	Référence	
Total	176	(100)	352	(100)		

Tableau XXIII : Relation entre la parité et le résultat de l'épreuve utérine

Parité	Résultat de l'épreuve				OR (IC95%)	P
	Réussite	%	Echec	%		
Primipare	6	(33,3)	4	(57,1)	Référence	
Paucipare	9	(50)	1	(14,2)	6(0,6-67,6)	0,10
Multipare	2	(11,1)	2	(28,5)	0,6(0,07-6,9)	0,28
Grande multipare	1	(5,5)	0	0	--	
Total	18	(100)	7	(100)		

Tableau XXIV : Répartition des nouveau nés en fonction du poids à la naissance

Poids					OR (Ic95%)	P
	CAS	%	TM	%		
< 2500g	6	(3,40)	28	(7,95)	0,39(0,16-0,98)	0,04
2500-3000	82	(46,59)	151	(42,89)	Référence	
> 3000g	88	(50)	173	(49,14)	0,94(0,65-1,36)	0,85
Total	176	(100)	352	(100)		

Tableau XXV : Répartition des parturientes en fonction des complications en per opératoire

COMPLICATIONS PER OPERATOIRES	CAS	%	TM	%
Existence de rupture utérine	2	(4)	2	(50)
Adhérences	45	(90)	0	(0)
Difficultés hémostases	2	(4)	2	(50)
Autres	1	(2)	0	(0)
Total	50	(100)	4	(100)

Autres : 1 Cas d'arrêt cardiaque en per opératoire

Tableau XXVI : Répartition des parturientes en fonction des complications de suites de couches

Complications suites de couches	Cas	%	TM	%	OR (Ic95%)	P
Endométrite	5	2,8	3	(0,8)	3,4(0,8-14,3)	0,07
Suppuration Pariétale	3	1,7	1	(0,2)	6,09(0,63-58,9)	0,07
Anémie	2	1,1	2	(0,5)	2,01(0,28-14,3)	0,47
Thrombophlébite	1	0,5	0	0		
Décès	1	0,5	2	(0,5)	1(0,09-11,1)	1
Total	12	(100)	8	(100)		

1 décès (Cas) : accident anesthésiologique ,2 décès (témoins) : Rupture utérine et HRP Grade IIIb de sher

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Approche méthodologique :

Notre étude s'est déroulée à l'hôpital de Sikasso, il s'agissait d'une étude cas-témoins de **12** mois allant 01 juillet 2021 au 30 juin 2022.

Au cours de l'étude, nous avons rencontré certaines difficultés parmi lesquelles nous retenons :

- Le refus de certaines parturientes de subir la césarienne à nouveau
- Manque d'informations sur les césariennes antérieures.

5.1-Fréquence :

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

Nous avons comparé notre incidence d'accouchement sur utérus cicatriciel avec celles de la littérature qui varient entre 26,7% et 3,9%. [4], [24]

Ces données sont consignées dans le tableau XXVII :

Tableaux XXVII : prévalence des accouchements sur utérus cicatriciel retrouvées dans la littérature

Études	Prévalence	Année
Deneux-Tharoux France [1]	20,8% n=18720/90000	2012
Mouloud Z et al Tunisie [24]	26,7% n=202/751	2016
Baldé IS et al Guinée [25]	14,4% n=546/3861	2017
Valère MK [28] Cameroun	8% n=252/3145	2018
Fomba I [5]	11,79% n=167/1417	2018
AL Hassan [29]	4,97% n=702/14099	2018
Bengaly M [4]	3,9% n=176/4435	2014
Y Traoré et al [27] (MALI)	7,8% n=393/5047	2012
Notre étude	7,8% n=176/2258	2022

Durant notre période d'étude nous avons choisi 176 cas d'utérus Cicatriciels sur 2258 accouchements soit une prévalence de **7,8%** soit 1 cas d'utérus cicatriciel sur 13 accouchements.

Notre taux d'accouchement sur utérus cicatriciel est inférieur à celui de Deneux-Tharoux C[1] en France **20,8%**, de Mouloud Z et al[24] en Tunisie 26,7% , de Baldé IS et al[25] en Guinée 14,14% et Fomba I[5] au Mali (Dioila) en 2019 11,79% .

Il est proche de ceux **Y Traoré et all**[26] en 2012(Bamako) 7,8% Valère MK[27] (Cameroun) 8% Et supérieur à ceux de Bengaly M[4] en 2014 3,9%, AL-Hassan D[28] au csref CI(Bamako) 4,97% .Notre taux élevé pourrait s'expliquer par l'élargissement des indications de césarienne.

5.2-Caractéristiques socio-démographiques

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus représentée était de 20 à 35 ans soit (87,5%) chez les gestantes porteuses d'utérus cicatriciel et (74,5%) chez les témoins. Le risque d'accouchement sur utérus cicatriciel était 2,9 fois plus élevé chez cette tranche d'âge (20-35) ans comparé aux adolescents (OR=2,9) [1,36-6,16]). Cela pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge se situe dans la période d'activité obstétricale par excellence. Ce résultat est différent à celui de Mallé AB qui a noté une tranche d'âge de 14-19 ans chez 25,3% des cas contre 16,5% parmi les témoins

Concernant la profession, ce sont majoritairement ménagères avec 89,7% chez les cas et 81,5% pour les témoins. Ce taux est proche de celui que Diarra IT qui avait eu 89% chez les cas d'utérus cicatriciel et 76,1% chez les témoins. Ce qui traduit dans notre étude que le risque d'accouchement sur utérus cicatriciel est 6 fois plus élevé OR=6(1,41-26,1). Cette prédominance des ménagères s'explique par leurs faibles revenus d'une part, le mauvais suivi prénatal, et la méconnaissance des risques

En ce qui concerne la consultation prénatale recentrée, elle est un pilier établi de la lutte contre la morbidité et la mortalité materno-foetale[29]. Elle a été ainsi le

principal levier pour modifier dans les recommandations de l'OMS[30] en Novembre 2016, avec désormais huit visites minimales recommandées dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD).

Dans notre série 54,4% des patientes ont bénéficié d'au moins 4 consultations chez les cas contre 57,9% chez les témoins. Les cas d'utérus cicatriciels qui n'ont fait aucune consultation prénatale représentaient 3% contre 7,6% des témoins. L'absence de consultation prénatale n'a pas constitué de risque dans notre étude. $OR=0,47(0,19-1,18)$. Cependant l'absence de consultation prénatale constitue un facteur de risque selon la littérature pour les complications obstétricales.

Ce taux est comparable à celui rapporté par Diarra IT 61,9% cas et 73,9% témoins et inférieur à celui rapporté par Malla AB qui avait retrouvé respectivement 88,6% et 32,9% pour les cas et pour les témoins.

5-3 Caractéristiques cliniques

Concernant le mode d'admission les évacuations ont représenté 13,6% des cas et 3,9% témoins $OR=4,14(2,08-8,24)$, en effet les accouchements sur utérus cicatriciels sont 3 fois plus nombreux dans les évacuations que les gestantes venues d'elles même. Au Mali selon le protocole national de prise en charge la cicatrice utérine constitue un motif de référence vers les centres fournissant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet.

Les bassin rétrécis étaient majoritaires avec 52,27% des cas d'utérus cicatriciels contre 1,42% des témoins avec $OR=76,1(29,9-192,8)$. Ce qui traduit les bassins rétrécis augmentent le risque 76 fois d'avoir un accouchement sur utérus cicatriciel. Notre taux est supérieur à celui de Diarra IT respectivement 46,8% cas et 15,9% témoins. $OR=4,5(2,9-6,9)$.

5. 4-Prise en charge

En effet 90,3% des patientes qui ont des utérus cicatriciels ont accouché par césarienne. OR=163,9(82,9-323,9) ; Ce taux relativement important s'explique par la prévalence élevée des indications de césarienne. Notre taux de césarienne prophylactique itérative est de 42%, il est supérieur à celui de Diarra IT [31] à Koutiala (Bamako) qui a obtenu 21,9% et Diby PA[32] au Maroc en 2016 avait trouvé 27,2% ; supérieur à celui de Sidibé B[33] au Mali qui a trouvé 7%. Notre taux de césarienne prophylactique inférieur à la césarienne d'urgence peut s'expliquer par le retard dans la référence des gestantes porteuses d'utérus cicatriciel qui sont vus ou référés au cours du travail, la prise en charge s'opère dans un contexte d'urgence.

Cependant dans notre étude la voie haute est 16 fois plus élevée chez les utérus cicatriciels tandis que la voie basse est 10 fois élevée chez les témoins. Cette tendance a été retrouvée chez Diarra IT respectivement 4,4 élevée fois pour les cas et 8 fois élevée pour les témoins.

Dans la littérature les résultats sont assez différents : L'épreuve utérine est autorisée dans 27,8% à 88,2 % et sa réussite varie entre 45% et 92,5% [34].

Dans notre étude, elle était autorisée chez 14,2% (25/176) des parturientes avec un taux de réussite de 72%. Ce taux élevé est lié à une meilleure sélection des parturientes candidates à l'épreuve utérine. La disparité des résultats rapportés par la littérature est due à la différence des conditions médicales, l'absence d'une attitude homogène adoptée par les obstétriciens face à un utérus cicatriciel.

5.5-Pronostic maternel et foetal

Nous avons enregistré 3cas de rupture utérine en per-opératoire soit une fréquence de **1,13%** contre **0,56%** pour les témoins. Ce taux est inférieur à celui **DEMBELE A** [33] **1,9%** chez les cas.

Notre taux faible de rupture confirme notre attitude de prudence face à l'accouchement sur utérus cicatriciel d'une part et le respect des contres indications

de perfusions d'ocytocine et de déclenchement sur utérus cicatriciel d'autre part. L'augmentation du taux de césarienne s'accompagne de la nécessité de prendre en charge plus de femmes porteuses d'un utérus cicatriciel.[34]

Dans notre série, nous avons recensé la prédominance de l'endométrite soit 2,8%, de suppuration pariétale 1,7%, et d'anémie 1,1% chez les cas d'utérus cicatriciels contre 0,8% d'endométrite, 0,2% de suppuration pariétale, 0,5% d'anémie. Ce taux semble être proche de Dembélé A avec 1,8%, d'endométrite, 1,3% de suppuration pariétale, 0,7% d'anémie contre 2,2% d'endométrite, 2,2% de suppuration pariétale 0,6% d'anémie chez les témoins.

Cette prédominance des complications infectieuses pourrait s'expliquer par le caractère urgent de la moitié des césariennes mais aussi par les facteurs de risques infectieux car 20% environ étaient des référence-évacuations avec la fréquence des toucher vaginaux qu'elle implique.

Nous avons enregistré 500 décès maternel /100000 naissance vivantes soit (1cas/176) lié à l'accident anesthésiologique chez les cas d'utérus cicatriciels contre 500 décès maternel /100000 naissance vivantes soit (2cas/352) chez les témoins dû à la rupture utérine et l'hématome retro placentaire grade IIIb de sher. Notre taux de décès maternel est proche de Mallé MB qui avait trouvé 700 décès maternel/100000 naissance vivante chez les cas d'utérus cicatriciels et 600 décès maternel/100000 naissance vivante chez les témoins. Le décès maternel lié à l'accouchement sur utérus cicatriciels est de plus en plus rare à cause des moyens de surveillance, des progrès d'anesthésie réanimation, de l'antibiothérapie et de la transfusion sanguine.

Pronostic fœtal :

Nous avons enregistré 3 mort-nés chez les utérus cicatriciels soit 17‰ et 16 morts nés (Témoins) soit 45‰ Ce résultat est inférieur à ceux de Sow OK[38] qui avait retrouvé 155‰ de mort nés pour les cas contre 125‰ pour les témoins. Ces morts

Accouchements sur utérus cicatriciel à l'hôpital de Sikasso

In utéro ont un lien avec le non ou la mauvaise surveillance des grossesses lors des consultations prénatales, le retard pris dans les références et les moyens limités de réanimations pédiatriques.

Nous avons enregistré un bon score d'Apgar (8-10) à la 1ère minute de vie extra utérine dans 89,7% d'utérus cicatriciels et 90% témoins contre respectivement 7,9% cas d'utérus cicatriciels et 5,1% témoins d'Apgar inférieur à 7 OR=1,5(0,76-3,2) ayant tous été réanimés dans le service.

Dans notre étude 11,9% des cas d'utérus cicatriciels et 13,6% des témoins les nouveau-nés étaient adressés au service de néonatalogie pour une prise en charge. Cette référence a concerné tous les nouveau-nés par césarienne ou par voie basse ayant présenté une particularité et les nouveau-nés de mère porteuse d'une pathologie médicale.

CONCLUSION

6-CONCLUSION :

La fréquence des accouchements sur utérus cicatriciels est élevée dans notre contexte. La prise se heurte sur le manque d'information sur les césariennes antérieures, le retard dans les références-évacuations.

Il ressort dans notre étude que le pronostic maternel est meilleur pour les accouchements par voie basse que par césarienne.

Par contre le pronostic fœtal est meilleur pour les accouchements par césarienne que par voie basse.

Afin d'améliorer le pronostic de l'accouchement sur utérus cicatriciel l'information des patientes sur la nécessité d'une nouvelle césarienne est à améliorer, ainsi que la sensibilisation du personnel soignant en périphérie sur les normes et procédures concernant les référence-évacuations des utérus cicatriciels.

RECOMMANDATIONS

7- RECOMMANDATIONS :

À la lumière des résultats de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes.

7.1-A LA POPULATION :

- Suivre les consultations prénatales dès le début de la grossesse ;
- Accoucher dans un milieu chirurgical ;
- Se munir de tous les documents de l'intervention précédente.

7.2- AU PERSONNEL SOCIO-SANITAIRE :

- Sensibiliser les gestantes sur l'importance des consultations prénatales et sur les signes de gravité particulière liés aux utérus cicatriciels,
- Remplir correctement les dossiers médicaux et compte-rendu opératoires, en y portant des renseignements sur les suites opératoires, la qualité de la cicatrice utérine,
- Référer ou évacuer à temps toutes les parturientes à risque dans un centre plus équipé pour réduire les complications maternelles et ou fœtales.

7.3- AUX AUTORITES POLITIQUES :

- Renforcer le système de référence – évacuation par un appui en logistique et ressources financières.
- Doter la maternité de l'hôpital des cardiotocographes pour la surveillance du travail d'accouchement.
- Assurer la formation continue des prestataires

REFERENCES

8- REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Deneux-tharoux C. « Utérus cicatriciel : aspects épidémiologiques », J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod, 2012 ; 41(8) :697- 707.
- [2] Deneux-Tharoux C. « inégalités de prise en charge des patients avec utérus cicatriciel en france », J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod,2016;(45) :995-996.
- [3] Boffendakini JR,Rahma RT,Lokomba BV.« Accouchement sur utérus cicatriciel aux Cliniques Universitaires de Kinshasa », Ann. Afr. Médecine, 2013 ; 6(3) :1430- 1437.
- [4] Bengaly M. « Etude de l'accouchement sur utérus cicatriciel dans le service de Gynécologie-Obstétrique du csref de Kati. », usttb, Bamako, 2014 p.125.
- [5] Fomba I. « Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de Dioila », usttb, Bamako, 2019 p .129.
- [6] Boisselier P. « Evolution dans les indications de césarienne », J Gynécol Obstet Biol Reprod, 1987;(16) :251-260.
- [7] World health organisation. « Who statement on caesarean section Rates », WHO_RHR, 2015.
- [8] Diarra S. « Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence Commune I », usttb, fmos, 2010.
- [9] papiernick E,Cabrol D,Pons JC. « Obstetrique (Medecine de science) ».
- [10] Meehan PF,Moolgaoker AS,Stallworhy J.« vaginal delivery under caustal analgesia after cesarean section and other major uterine surgery », br Med J, 24 juin 1972.
- [11]Merger R,Levy J,Melchior J.« Précis d'obstetrique », Masson paris, 1995;(1):39-47.
- [12] Saint Hilaire P, Gaucherand P,Bagou G,Rudigoz RC.« Grossesse et utérus cicatriciel. Encycl Médicaments Chir Paris », Obstétrique 1992;(5) :20-30.
- [13] Perrotin F,Marret H,Fignon A,Body G. « Lansac Uterus cicatriciel: la révision utérine systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement par voie vaginale est-elle toujours utile », J. Gynecol Obstet Biol, 1999;28:253- 262.
- [14] Ruiz-Vetasco V,Rosas AJ. « Appréciation de la cicatrice de césarienne », Rev Fr Gynecol, 1971 ; 66 :83- 93.
- [15] Thoulon JM. « Les gestes interdits sur l'utérus cicatriciel gravide ».Ref.Fr Gyn Obst 1981;76;135-39.
- [16] Meicler P,Darai E, Pinet G,Raoust I,et AL. « Rupture utérine sur utérus cicatriciel méconnu », Rev. Fr. Gynécologie Obstétrique, 1991 ; 86(10) : 609- 611.
- [17] Denis Querlen. « Précis de techniques chirurgicales en Gynécologie par », Édition Masson Paris, 1999 ;1 :50- 55.
- [18] Lansac J,Berger C,Magnin G.« obstétrique pour le praticien », 12 rue de l'eperon 75008 Paris, 1994:39- 47.
- [19] Lansac J,Body G. « Pratique de l'accouchement », 12 rue de l'eperon 218-25, 1992:218- 225.

- [20] Rozenberg P, Lewin D, Philippe H. « Valeur prédictive de l'examen échographique du segment inférieur en cas d'utérus cicatriciel », *Rech Gynécol*, 1990 ;2 :136- 41.
- [21] Wecksleir LN, Masserman SH, Garite TJ. « placenta accreat : a problem of increasing clinical significance. *obst gynecol* », 1986 ;69 :480_2.
- [22] Boussefiance M, Ajadat K, Bjjjou Y, Belghit L, Yousfi M, bargach S et AL. « Accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel », *J. Prat*, 2014;14(3).
- [23] Merger R, Levy J, Melchior J. « Précis of Obstetrics ». Masson, 2003.
- [24] Mouloud Z, Asmaa L, So M. « Problématique de l'utérus cicatriciel au Maghreb: Quinzième congrès international de Gynéco-obstétrique et reproduction de la cote d'Azur », *Gyn Obst Algerie*, 2016;(4):00135
- [25] Baldé IS et al. « Accouchement dans un contexte d'utérus cicatriciel à la maternité de l'hôpital national Ignace-Deen (Guinée) », *Rev. Médecine Périnatale*, 2017 ;9(1) : 32- 36.
- [26] Traoré Y ; Teguede I, Dicko FT et al (2012). « Accouchement dans un contexte d'uterus cicatriciel au CHU Gabriel Touré de janvier 2007 à decembre 2008 : modalités et complications », *Medecine d'afrique noir*, Bamako, 2012 ; 59 :511- 3.
- [27] Valère MK, Henri E, Julius DS, Paskal F, et Benedicte ME. « Accouchement sur utérus cicatriciel dans les pays à faibles ressources : circuit de prise en charge et devenir materno-fœtal », *Pan Afr. Med. J.*, 2018 ; 30 : 255.
- [28] Diabaté Al-H. « Problématique de l'accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de reference de la commune I du district de bamako » *usttb*, Bamako, 2018 :108.
- [29] De Brouwere V, Van Lerberghe W. « Réduire les risques de maternité : stratégie et évidence scientifique », *Studies in HSO et P*, 2011: 18- 480.
- [30] Organisation mondiale de la santé (OMS). « Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive », *OMS-2017* :13.
- [31] Diarra IT. « Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de koutiala Etude cohorte », *usttb, csref koutiala*, 2022 : 90.
- [32] Diby PA. « Utérus cicatriciel et modalités d'accouchement à propos de 933 cas du 1er janvier 2016 au 31 decembre 2017 », *CHU Hassan II de Fès*, 2018 :71.
- [33] Sidibé B. « Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hospital Fousseyni Daou de kayes:(à propos de 214 Cas) » *usttb*, Bamako, 2010 : 84.
- [34] Elmansouri A. « Accouchements sur utérus cicatriciel : A propos de 150 cas », *Rev. Fr. Gynécologie Obstétrique*, 1994 ;89(12) :606- 612.
- [35] Dembele A. « Accouchement sur utérus cicatriciel au CSREF C VI du district de bamako », *usttb*, Bamako.
- [36] Institut National de la statistique et de la demographie (INSD) et ICF international. « Enquete demographique et de santé à indicateur multiple du burkina fasso », *Calverton ,Marylan,USA*, 2012.

[37] Sow Ok. « Epreuve utérine (étude cas témoin) à l'hôpital sominé dolo de mopti à propos de 214 cas » usttb,2012 :94.

ANNEXES

-FICHE D'ENQUETE

Identification du malade

Q1 Ethnie /...../

- | | | |
|------------|-----------|-----------------|
| 1=Bambara | 5=Malinké | 9=Sonraï |
| 2=Sénoufo | 6=Mossi | 11=Gana |
| 3=Sarakolé | 7=Peulh | 10=Bozo |
| 4=Minyanka | 8=Dogon | 12=Autres |

Q2 Age /...../ ans 1= inf. egal 19ans 2=20-35ans 3=sup 35ans

Q3 Statut matrimonial /

- | | | |
|---------------|------------|----------|
| 1=Mariée | 3=veuve | 5=Autres |
| 2=Célibataire | 4=divorcée | |

Q4 Profession /...../

- | | | |
|-------------------|-----------------|----------|
| 1=Ménagère | 3=fonctionnaire | |
| 2=Élève/ étudiant | 4=vendeuse | 5=Autres |

Admission

Q5 Mode d'admission /...../

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

Q6 Structure référente

- 1=Csref
- 2=Cscom
- 3=Cabinet/Clinique privé
- 4=Maternité rurale

Q7 Motif d'admission

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 1=Césarienne programmé | 2=BGR/utérus cicatriciel |
|------------------------|--------------------------|

Accouchements sur utérus cicatriciel à l'hôpital de Sikasso

3=CUD sur grossesse

4= HU excessive

5=utérus bicicatriciel en travail

6=CUD/utérus cicatriciel

7=RPM

8=utérus cicatriciel /BL

9=syndrome pré-rupture

10=saignement sur grossesse

11=Rupture utérine

12=Autres

Q8 Provenance /...../

1=Ville de Sikasso

2=cercles de Sikasso

3=En dehors du cercle de Sikasso

Q9 Moyen de transport /...../

1=Ambulance

3=véhicule personnel

2=Transport en commun

4=Autres

Antécédents

Q10 Antécédents médicaux /...../

1=HTA

3=Drépanocytose

5=Cardiopathie

2=Asthme

4=diabète

6=Aucun

7=Autres

Antécédents gynéco-obstétricaux

Q11 Gestité 1=primigeste 2=Paucigeste 3=multigeste

4=grande multigeste

Q12 Parité 1=primipare 2=Paucipare 3=multipare

4=grande multipare

5=nullipare

Q13 Nombre d'enfant vivant

Q14 Nombre d'enfant décédé

Q15 Notion d'avortement/...../ 1=Oui

2=Non

Q16 Intervalle inter génésique /...../

1=inf 6mois 2=6-12mois 3=sup12mois

Accouchements sur utérus cicatriciel à l'hôpital de Sikasso

Q17 Antécédents chirurgicaux /...../

- 1=Césarienne 3=Kystectomie
2=Myomectomie 4=Rupture utérine
5=GEU 6=Aucun 7=Autres

Q18 Indication césarienne antérieure/...../

- 1=SFA 2=procidence cordon 3=placenta
prævia
4=HRP 5=utérus cicatriciel/BL 6=BGR
7= échec épreuve travail 8=utérus bicicatriciel
9=siège chez primigeste 10=Présentation vicieuse
11=Non préciser 12=Autres

Q19 Antécédent de cicatrice/...../

- 1=oui 2=non

Q20 Si oui nombre de cicatrice/...../

- 1=uni cicatriciel 2=bi cicatriciel
3=tri cicatriciel

Examen clinique

Q21 Taille /...../

- 1=inferieur 150cm 2=supérieur 150 cm

Q22 Température/...../

- 1=inf. 36,5 2= 36,5-37,5 3=sup37,5

Q23 Consultation prénatale/...../ 1=Oui 2=Non

Q24 Lieu CPN/...../

- 1=Hôpital 2=Csref 3=Cscom
4=Cabinet-clinique 5=maternité rural

Q25 Nombre CPN /...../

- 1=inferieur 3
2=supérieur = 3

3=0

Q26 AUTEUR CPN /...../

1= Spécialiste 2=Généraliste 3=Sagefemme
4=Infirmière 5=Autres-----

Q27 Age de la grossesse/...../

1=moins 37 SA
2=entre 37-39 SA
3=Entre 39 et 42 SA
4=Supérieur 42 SA

Q28 Hu (cm) /...../

1=inf. 33cm 2= 33-36cm 3=sup 36cm

Q29 BCF (btm par min) /...../

1=inf. 120 2=120-160 3=sup160 4=absent

Q30 Dilatation/...../

1=Phase latence 2=Phase active
3=Phase expulsive 4=Col fermé

Q31 Etat des membranes /...../

1= Intactes
2= Rompues

Q32 Si rompue, quelle est la couleur du liquide amniotique ? /...../

1=Clair 2=Jaune
3=Hématique 4=Méconiale
5=Purée de pois 6=Autres----

Q33 Durée du travail (en heure) /...../

1=Non en travail 2=inferieur 6H 3=Entre 6-12H

Q34 Type de bassin /...../

Accouchements sur utérus cicatriciel à l'hôpital de Sikasso

1=normal

2=vicieux

Q35 Type de présentation /...../

1=sommet

2=front

3=face

4=siège

5=transversale

6=Autres

Q36 Mode d'accouchement /...../

1=vaginale simple

2=instrumental

3=césarienne

Q37 Pronostic de l'accouchement/...../

1=épreuve utérine

2=césarienne d'emblée

3=césarienne programmée

Q38 Résultats de l'épreuve /...../

1=voie basse

2=césarienne d'urgence

Q39 Si césarienne Indication /...../

1=SFA

2=prééclampsie sévère

3=Echec de l'épreuve utérine

4=HRP

5=utérus bi cicatriciel

6= Placenta prævia

7=Syndrome de pré rupture

8=BGR/utérus cicatriciel

9=utérus cicatriciel/BL

10=Procubitus cordon/UC

11=utérus tri cicatriciel

13=IIC/utérus cicatriciel

12=Siège/utérus cicatriciel

14=BGR

15=Souffrance foetale aigue

16=présentation vicieuse

17=Autres

Q40 Difficultés opératoires/...../

1=existence d'une rupture utérine

2=lésion vésicale

3=Atteinte des pédicules vasculaires

4= Adhérence

5=Aucun

6=Autres

Complications

Q41 Complication après voie basse /...../

1=déchirure du périnée

2=déchirure du col

3=bosse séro-sanguine

4=Etat de choc

5=hémorragie de la délivrance

6=Infection puerpérale

7=Aucun

8=Autres

Q42 Complication per opératoires/.....

1=Trouble de la coagulation

2=hémostase laborieuse

3=lésion vésicale

4=lésion urétérale

5=Aucun

6=Autres

Q43 Complications post opératoire

1=Endométrite

2=Suppuration pariétale

3=Choc septique

4=Hémorragie

5=Thrombophlébite

6=Aucun

7=Autres préciser-----

Délivrance

Q44 Type de délivrance/...../

1=Naturelle

2=Active

3=Artificielle

Q45 Révision utérine/...../

1=Oui

2=Non

Etat de la mère après accouchement

Q46 Suites de couches/...../

1=Simple

2=compliquées

3=décès maternel

Q47 Si décès précisé la cause /...../

1=Hémorragie

3=détresse respiratoire

2=OAP

4=Autres

Nouveau-né

Q48 Nombre /...../

Q49 Etat à la naissance/...../

1=vivant

2=mort-né

APGAR

Q50 APGAR 1mn /...../

1=0

2=entre 1 et 3

3=entre 4 et 7

4=sup 8/10

Q51 APGAR 5mn /...../

1=0

2=entre 1 et 3

3=entre 4 et 7

4=sup 8/10

Q52 Poids en grammes /...../

1=inferieur 2500g

2=entre 2500-3000g

3=supérieur 3000g

Q53 Décès néonatal /...../ 1=Oui

2=non

Q54 Réanimation /...../

1=Réanimé

2=non réanimé

Q55 Transfert en pédiatrie /...../

1=Oui

2=Non

Q56 Si oui précisé le motif /...../

1=Souffrance néonatale

2=Prématurité

3=Petit poids de naissance

4=Macrosomie

5=RPM

6= Mère AgHbs positif

7= Autres

Q57 Type de variable

1=Cas

2=Témoin

FICHE SIGNALITIQUE :

NOM : SANOGO

PRENOM : OUMAR SINALY

TITRE : Accouchements sur utérus cicatriciel à l'hôpital de Sikasso

Année universitaire : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Téléphone : 75815632 / 95572377

Email : Sanogoomarsinly@gmail.com

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

Secteur d'étude : Gynécologie-Obstétrique

Résumé :

La maternité sans risque est le défi majeur de toute action visant à améliorer le pronostic maternel et fœtal.

But : Notre travail avait pour but de déterminer la prise en charge, le pronostic maternel et périnatal des accouchements sur utérus cicatriciel dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital de Sikasso.

Méthodologie : cette étude analytique cas témoin s'est déroulée au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital de Sikasso sur une période de 12 mois, allant du 1 juillet 2021 au 30 juin 2022.

Résultats : Durant la période d'étude, nous avons recensé 176 cas d'accouchement sur utérus cicatriciels sur 2258 accouchements ; soit une fréquence globale de 7,8%. La tranche d'âge de 20-35 ans était la plus représentée dans notre étude.

Accouchements sur utérus cicatriciel à l'hôpital de Sikasso

L'indication de l'épreuve utérine a été posée chez 14,2% des parturientes de notre étude avec un taux de réussite de 72%.

La césarienne a été réalisée chez 90,3% des cas et 5,39% des témoins et 21,5% de césarienne prophylactique.

Les indications étaient dominées par les bassin chirurgicaux et souffrance fœtale aigue.

Dans l'étude nous avons noté 3 cas de décès maternel soit 2 décès chez les témoins et pour les cas un décès maternel.

Conclusion : La fréquence des accouchements sur utérus cicatriciel est élevée dans notre contexte, avec des complications nombreuses pour la mère et le fœtus telle que l'endométrite, la suppuration pariétale et les décès néonataux.

Afin d'améliorer le pronostic de l'accouchement sur utérus cicatriciel, le respect des indications et de la technique de la césarienne ainsi que la surveillance des accouchements sur utérus cicatriciel s'imposent.

Mots clés : utérus cicatriciel, césarienne, Accouchement, épreuve utérine, Hôpital de Sikasso

SERMENT D'HYPPOCRATE

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 usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !