

Ministère de l'enseignement secondaire  
Supérieur et de la recherche scientifique

République du Mali  
Un Peuple-un But-Une Foi

**Université de Bamako**

**FACULTE DE MEDECINE  
DE PHARMACIE  
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE**



Année Universitaire 2008 – 2009

Thèse N°...../2009

**Titre**

**ACCOUCHEMENT SUR Utérus  
CICATRICIEL  
AU CENTRE DE SANTÉ de  
référence De la commune I du  
district de Bamako**

**Thèse**

Présentée publiquement le...../2009 devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
d'OdontoStomatologie,

Par Monsieur Salif DIARRA

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

**Jury**

**PRESIDENT :**

**Professeur Salif DIAKITE**

**MEMBRE :**

**Dr Samba TOURE**

**DIRECTEUR DE THESE :**

**Professeur Sy Aida SOW**

**CO-DIRECTEUR DE THESE :**

**Dr Modibo Dianguiné SOUMARE**

## DÉDICACES

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

Je dédie ce travail à :

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

- **A mon cher père : Soungalo DIARRA**

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

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

- **A ma chère mère : Fanta KANÉ**

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

Que Dieu te donne longue vie.

- **A mon tuteur : Fabou TRAORÉ**

Le destin a croisé nos chemins ; tout au long de cette route, tu as été pour moi, un ami, un père, un conseiller. La bonté et la simplicité de ta personne ont été une richesse que tu as partagée ; c'est grâce à toi que j'ai pu poursuivre mes études sans difficulté. Que Dieu le tout puissant te donne longue vie et à moi la reconnaissance.

- **A mes frères et mes sœurs :**

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

## REMERCIEMENTS

**A mes frères : Tiéma DIARRA, Seïba DIARRA ET LEURS ÉPOUSES :  
Fanta DJIRÉ et Ramata DOUMBIA**

Merci pour vos soutiens inestimables.

**A mes amis : Ibrahima CONARÉ, Mamadou A COULIBALILY et Bakary  
TRAORÉ**

Merci pour vos sages conseils et soutiens.

**A mes amis du lycée : Mamadou KONATÉ et Patrice KEITA**

Pour témoigner sincèrement toute mon amitié et toute ma sympathie.

**A mes maitres du premier cycle, du second cycle et du lycée**

Merci pour l'encadrement.

**Au Dr Mamadou DIASSANA**

Sous votre apparence très calme se cache une grande personnalité.

Vos qualités humaines nous ont comblées. Votre assistance et votre partage du savoir- faire avec les autres ont permis de faire ce travail. Nous vous devons le mérite de cette œuvre. Que Dieu vous donne longue vie.

**Aux médecins en spécialisation en gynécologie obstétrique : Seydou z DAO,  
Issa DIARRA, Mamadou KEITA et Nanko BAGAGNOGO** pour tous les efforts consentis, et le dévouement.

**A tous les internes du centre de santé de référence de la commune I**

Pour l'esprit du groupe, la solidarité, la fraternité, et le partage.

Qu'est ce que chacun de nous compte faire pour le développement du Mali et celui de l'Afrique ?

Trouvez ici l'expression de ma profonde sympathie.

**Au personnel du centre de santé de référence de la commune I**

Pour votre soutien, vos qualités humaines, votre admiration.

## **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre maître et président du jury**

**Professeur Salif DIAKITÉ,**

**Professeur titulaire en gynécologie-obstétrique à la FMPOS**

**Professeur en gynécologie-obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire  
de Gabriel Touré**

Nous avons été très marqués par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples sollicitations.

Vos qualités humaines, votre compétence et votre expérience font de vous un maître sûr que la jeune génération aimerait longtemps avoir à ses côtés.

Veillez recevoir, cher maître l'expression de toute notre reconnaissance et notre profond respect.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie. Que Dieu vous récompense pour votre effort.

**A notre maître et juge**

**Docteur Samba TOURÉ**

**Spécialiste en gynécologie-obstétrique**

**Médecin chef adjoint du service de gynécologie**

**-obstétrique du CHU du Point<<G>>**

Nous avons découvert à l'occasion de ce travail un maître 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 maître, l'expression de notre profond respect et remerciement

**A notre maitre et directrice de thèse**

**Professeur SY Aida SOW**

**Professeur titulaire en Gyneco-Obstetrique à la Faculté de Médecine de pharmacie et d'Odontostomatologie.**

**Chef de service de Gyneco-Obstetrique du CSRef C II.**

**Chevalier de l'ordre national du mérite**

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Cher maitre nous avons été touchés par votre abord facile, votre disponibilité, votre grande simplicité, votre abnégation associée à votre qualité de mère ont forcé notre admiration.

Veillez recevoir ici, cher maitre, l'expression de notre profonde reconnaissance et notre sincère remerciement.

**A notre cher maître et codirecteur de thèse**  
**Docteur Modibo Dianguiné SOUMARÉ**  
**Spécialiste en gynécologie-obstétrique**  
**Chef de service en gynécologie-obstétrique au CSRef C I**

Cher maître vous m'avez créé un cadre idéal pour la réalisation de ce travail.  
Vous avez beaucoup participé à notre formation de par vos critiques et votre  
qualité de raisonnement scientifique.

Recevez cher maître toute notre reconnaissance.





## LISTE DES ABREVIATIONS

- 1-ATCD : Antécédent
- 2-batt : Battement
- 3-BDCF : Bruit du Cœur Fœtal
- 4-BGR : Bassin Généralement Rétréci
- 5-CCC : Communication pour Changement de comportement
- 6-CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- 7-CPN : Consultation Pré natale
- 8-CSCom : CENTRE de Santé Communautaire
- 9-CSRéf : Centre de Santé de Référence
- 10-DNSI : Direction Nationale de la Statistique et de l'Information
- 11-USA : Etats Unis Amérique
- 12-G : Gestité
- 13-hbts : Habitent
- 14-< : Inférieur
- 15-HGT : Hôpital Gabriel Touré
- 16-HRP : Hématome Rétro placentaire
- 17-HTA : Hypertension Artérielle
- 18-MFIU : Mort Fœtale In Utero
- 19-nbre : Nombre
- 20-N : Nombre d'accouchement par voie vaginale.
- 21-OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- 22-OP : Occipito-Pubien
- 23-ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
- 24-OS : Occipito-Sacré
- 25-P : Parité
- 26-%VB : Proportion des utérus cicatriciel ayant accouché par voie vaginale.

**27-RAM** : Rupture Artificielle des Membranes

**28-RPM** : Rupture Prématurée des Membranes

**29-% Réussite** : proportion des utérus cicatriciels ayant accouché par voie vaginale dans le groupe des épreuves utérines.

**30-RSM** : Rupture Spontanée des Membranes

**31-RU** : Révision Utérine.

**32-RUS** : Révision Utérine Systématique

**33-SA** : Semaine d'Aménorrhée

**34-SFA** : Souffrance Fœtale Aigue

**35-SIS** : Système d'Information Sanitaire

**36->** : Supérieur

## SOMMAIRE

	Pages
I- INTRODUCTION.....	1
- OBJECTIF.....	4
II- GÉNÉRALITÉS.....	5
1) Définition.....	5
2) Utérus gravide.....	5
3) La cicatrice utérine.....	22
4) La conduite à tenir lors d'un nouvel accouchement.....	29
5) La classification des utérus cicatriciels.....	38
III- METHODOLOGIE.....	43
1) description du cadre d'étude.....	43
2) Type d'étude.....	47
3) Période d'étude.....	47
4) Population d'étude.....	47
5) Echantillonnage.....	47
6) Collecte des données.....	48
7) Traitement et analyse des données.....	48
8) Le déroulement de l'enquête.....	49
9) Les difficultés rencontrées.....	50
10) Les variables étudiées.....	50
11) Les aspects éthiques.....	52
12) Les définitions opératoires.....	52
IV- RESULTATS.....	56
1) Fréquence globale.....	56
2) Les caractéristiques sociodémographiques de la parturiente.....	57
3) Les modes d'admission de la parturiente.....	59
4) Les antécédents de la parturiente.....	61
5) La grossesse et l'accouchement actuel.....	66

6) L'analyse bivariée.....	89
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	92
1) La fréquence des utérus cicatriciels.....	92
2) Les facteurs influençant les modalités d'accouchements.....	93
3) Les modalités d'accouchements.....	99
4) Le pronostic fœtal .....	101
5) Le pronostic maternel .....	103
VI- CONCLUSION.....	104
VIII- RECOMMANDATIONS.....	106
VII- RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	108
IX – ANNEXE.....	116
1) Fiche enquête.....	116
2) Fiche signalitique.....	123
3) Serment D'HYPPOCRATE.....	124

## INTRODUCTION :

Depuis 1970, le taux de césarienne a considérablement augmenté pour contribuer à la décroissance de la mortalité néonatale ; ainsi l'incidence de la survenue de la grossesse sur utérus cicatriciel n a cessé de croître dans le monde [39].

En Afrique et plus particulièrement au Mali, cette incidence en croissance serait surtout en rapport avec le mariage précoce chez les adolescentes (bassin immature), la gratuité de la césarienne depuis 2005 alors que dans les pays à fort développement économique, elle est liée à la césarienne prophylactique itérative [10].

Cependant, le nombre très important de césarienne réalisé chaque année impose à l'obstétricien de reconsidérer certaines de ses attitudes obstétricales avec deux pistes essentielles :

- Tenter de réduire le nombre de première césarienne.
- Et s'efforcer d'obtenir un plus grand pourcentage d'accouchement par la voie basse chez les femmes porteuses d'un utérus cicatriciel, sans pour autant augmenté ni la morbidité, ni la mortalité materno-fœtale [16 ; 17].

La survenue d'une grossesse sur un utérus cicatriciel se caractérise par son incidence élevée, ses complications multiples, son taux encore significativement important de mortalité et de morbidité.

Parmi ses complications on peut noter les dystocies dynamiques, les hémorragies de la délivrance par la présence d'un placenta praevia ou acréta, la déhiscence de la cicatrice utérine et la rupture utérine [56].

La grossesse et l'accouchement des patientes porteuses d'un utérus cicatriciel, grand pourvoyeur des ruptures utérines, sont donc considérés à haut risque, surtout dans les pays en voie de développement où la tocographie et le monitoring fœtal n'existent pas, où les radiopelvimétries font défaut, où les

indications des précédentes césariennes, le type d'incision utérine, les suites opératoires sont le plus souvent inconnues [40].

L'existence d'une cicatrice utérine a aussi un impact important psychologique non négligeable chez les femmes.

Certaines pensent ne plus pouvoir procréer parce qu'elles se sentent diminuer, handicaper, d'autres par contre ont plutôt peur d'en avoir à nouveau, se souvenant « Du terrible épisode ».

Cette anxiété vécue pendant tout le temps de la grossesse suivante ne s'estompera qu'après un accouchement sans complication que celui-ci soit par voie basse ou haute, la femme aura alors confiance et assumera ses prochaines grossesses tout en suivant les conseils de l'obstétricien [10]. Depuis l'aphorisme de Crachin, initialement destiné au césarienne corporéale et prônant « Césarienne une fois, césarienne toujours » les mentalités ont beaucoup évolué en ce qui concerne l'attitude à adopter lors de l'accouchement d'une patiente porteuse d'un utérus cicatriciel [27]. Certaines conduites n'en restent pas moins discutées ; ainsi en est-il de la réalisation de l'accouchement par la voie basse sur l'utérus cicatriciel dans les cas particuliers suivants (déclenchement du travail, présentation du siège, grossesse gémellaire, macrosomie fœtale, utérus multi cicatriciels, malformation utérine) et surtout dans les pays en voie de développement ?[57].

L'utérus cicatriciel est la plus fréquente et la plus parfaite illustration des paradoxes et contradiction de l'obstétrique moderne ; en effet si d'une part l'amélioration des techniques chirurgicales et anesthésiques, les protocoles de surveillance actuelle ont rendu envisageable dans la plupart des cas un accouchement par les voies naturelles ; d'autre part le risque de rupture utérine, pour minime qu'il soit impose à l'obstétricien de délivrer à la patiente une information plus étoffée, et engendre une situation de choix délicate, du fait du contexte médico-légal présent [22].

Au Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako, nous préconisons l'accouchement par voie basse sur l'utérus cicatriciel et ceci après avoir toujours éliminé les indications permanentes de la césarienne.

Cependant, malgré tout l'intérêt accordé à la santé maternelle et néonatale au Mali ; l'accouchement sur utérus cicatriciel n'a fait l'objet d'aucune étude au Centre de Santé de Référence de la Commune I.

C'est pourquoi nous avons initié ce travail en vue d'atteindre les objectifs suivants :



## **OBJECTIFS**

### **OBJECTIF GENERAL :**

Etudier l'accouchement sur utérus cicatriciel au Service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako.

### **OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- 1- Déterminer la fréquence de l'accouchement sur utérus cicatriciel ;
- 2- Etudier les caractéristiques sociodémographiques des patientes ayant un antécédent de césarienne ;
- 3- Identifier les principales indications de césarienne antérieure ;
- 4- Déterminer le mode d'accouchement ;
- 5- Evaluer le pronostic fœto-maternel.

## GÉNÉRALITES :

### I Définitions :

- L'utérus cicatriciel est un utérus porteur en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, d'une ou de plusieurs cicatrices myométriales. Cette définition exclut les cicatrices uniquement séreuses ou muqueuses comme on peut les rencontrer lors de certaines myomectomies pour myomes sous séreux, de cures de synéchies ou de résection de polypes per-hystéroscopiques sans effraction du myomètre [56].
- On parle d'un utérus :
  - Uni cicatriciel : Lorsque l'utérus porte une seule cicatrice.
  - Bi cicatriciel : Lorsque l'utérus porte deux cicatrices.
  - Tri cicatriciel : Lorsque l'utérus porte trois cicatrices [53].

### II UTERUS GRAVIDE [50]

#### 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 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse
- le col.

#### A. Le corps utérin

##### a) Anatomie macroscopique

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

▪ Situation :

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

▪ Dimensions

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

	<b>Hauteur (cm)</b>	<b>Largeur (cm)</b>
- à la fin du 3 <sup>ème</sup> mois :	<b>13</b>	<b>10</b>
- à la fin du 6 <sup>ème</sup> mois :	<b>24</b>	<b>18</b>
- à terme :	<b>32</b>	<b>22</b>

▪ Direction

Au début de la grossesse, l'utérus conserve ou même accentue son antéversion. Puis, il s'élève dans l'abdomen, derrière la paroi abdominale antérieure. Les utérus rétro versés se redresseront spontanément pendant le 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> 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 4<sup>ème</sup> 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 1<sup>ère</sup> ou à la 2<sup>ème</sup> vertèbre lombaire.

- \* Latéralement :

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

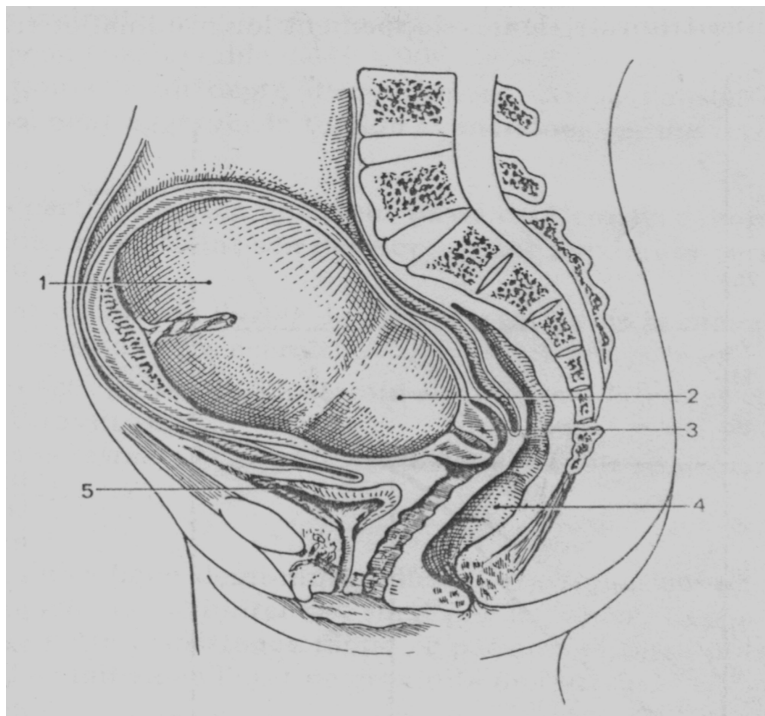
- Les ligaments utérins

Ils s'hypertrophient au cours de la grossesse.

Les ligaments ronds ne commencent à s'hypertrophier que vers le 4<sup>ème</sup> 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).

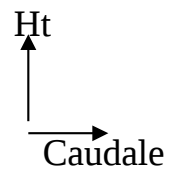
Les ligaments utéro-sacrés ascensionnent.

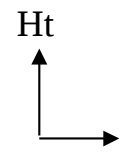
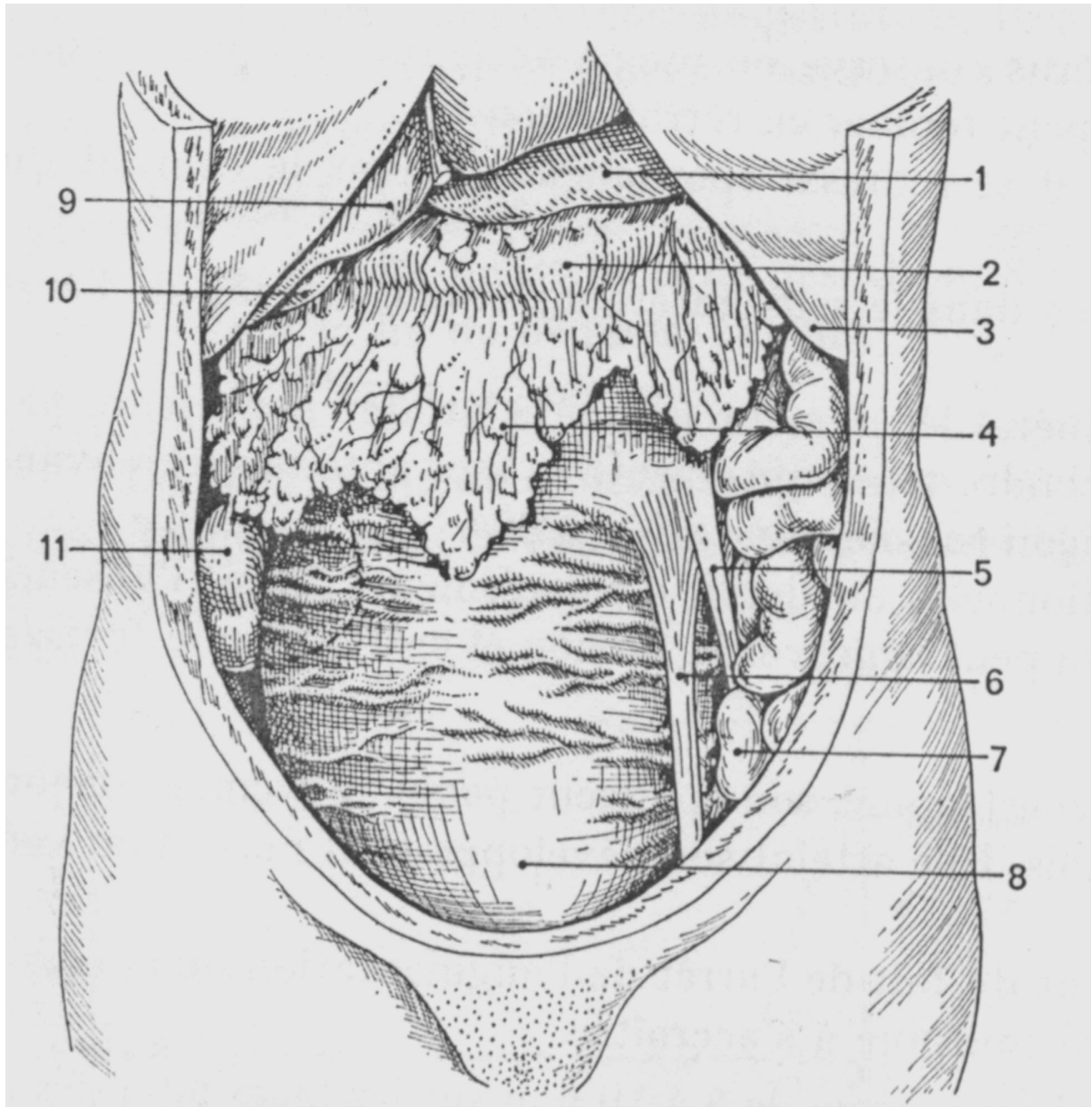
Les feuillets pariétaux des ligaments larges s'étalent au fur et à mesure que l'utérus augmente de volume.



**Figure1** [319 in 42]

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





Caudale

**Figure 2** [321 in 42]: Utérus gravide de 8 mois environ. Rapports antérieurs. 1. estomac – 2. Côlon transverse – 3. Rebord costal – 4. Grand épiploon – 5.

Trompe gauche – 6. Ligament rond – 7. Anse sigmoïde – 8. Segment inférieur – 9. Le foie – 10. Vésicule biliaire – 11. Caecum.

## **b) structure :**

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

### □ La séreuse

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

### □ La musculuse

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

L'utérus distendu est formé par une cinquantaine de couches de faisceaux circulaires formant des plans superposés, qui sont répartis en deux assises de faisceaux circulaires superposés externe et interne. Elles forment la partie contractile de l'organe. Entre ces deux assises existe une couche plus épaisse de fibres entrecroisées dite couche plexiforme.

La couche externe, sous séreuse, est renforcée par des faisceaux musculaires longitudinaux, superficiels, minces et discontinus.

Le développement du muscle utérin gravide tient à la fois à l'hypertrophie de ses fibres musculaires, à l'apparition de fibres néoformées, à la transformation musculaire de fibres conjonctives du chorion de la musculuse.

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

### □ La muqueuse

Dès l'implantation, la muqueuse se transforme en caduque.

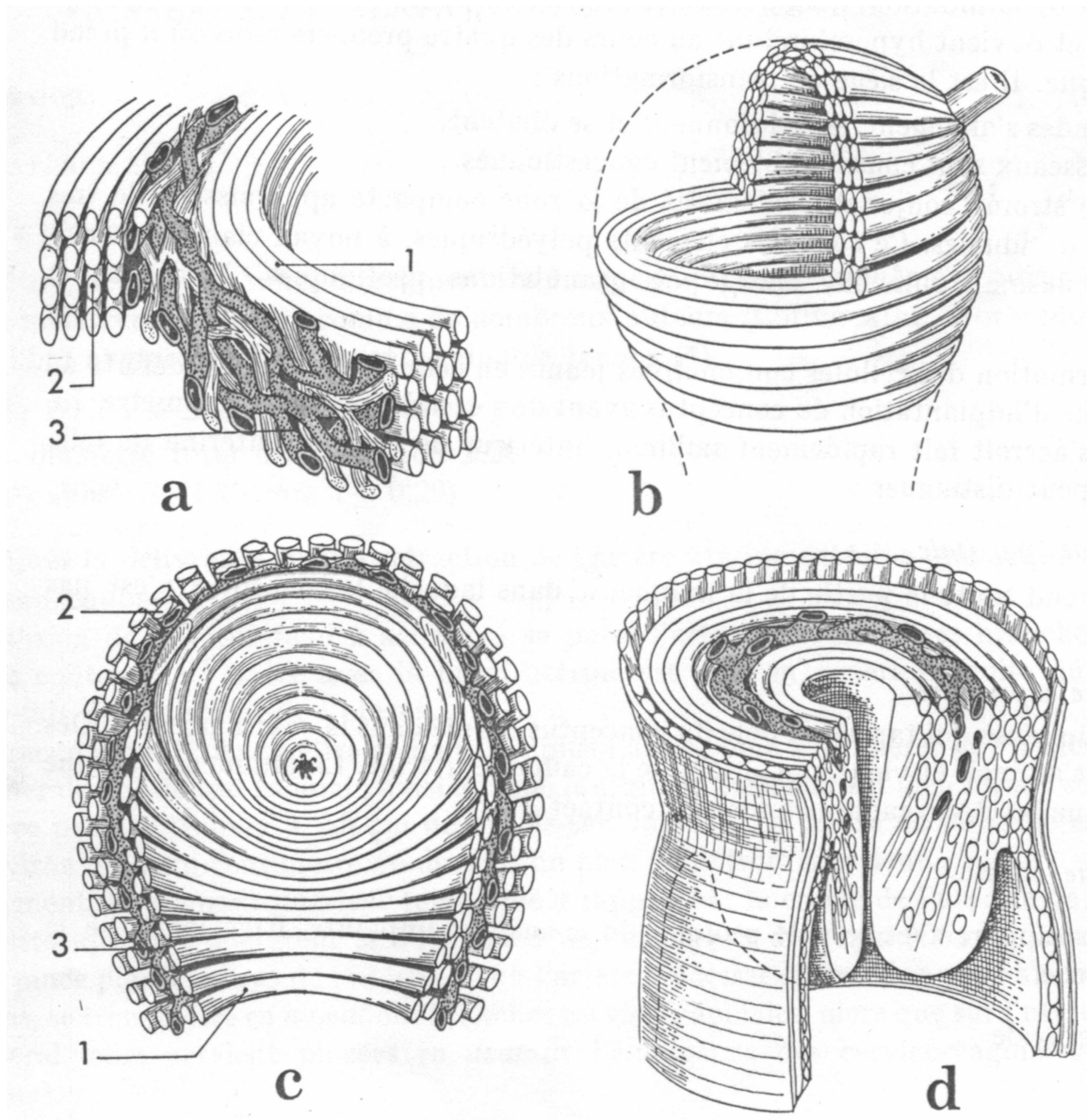
Au cours des quatre premiers mois, la muqueuse s'hypertrophie au point d'atteindre 1 cm d'épaisseur. On y retrouve deux couches :

- une couche superficielle, caduque



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

A la fin du 4<sup>ème</sup> mois, la caduque s'atrophie et son épaisseur diminue progressivement jusqu' à atteindre 1 mm à terme.



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

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

## **B. Le segment inférieur**

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

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

### **a) Anatomie macroscopique**

#### ▪ Forme

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

#### ▪ Situation

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

#### ▪ Caractères

Son caractère essentiel est sa minceur de 2 à 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.

1. Les vaisseaux moins développés ont une direction générale transversale ; ceci explique que la césarienne segmentaire transversale

est moins hémorragique que les césariennes segmentaires longitudinales.

- Limites

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

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

- Origine et Formation

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

- Rapports (fig 4)

\* En avant : Le segment inférieur est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décollable, alors qu'il 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.

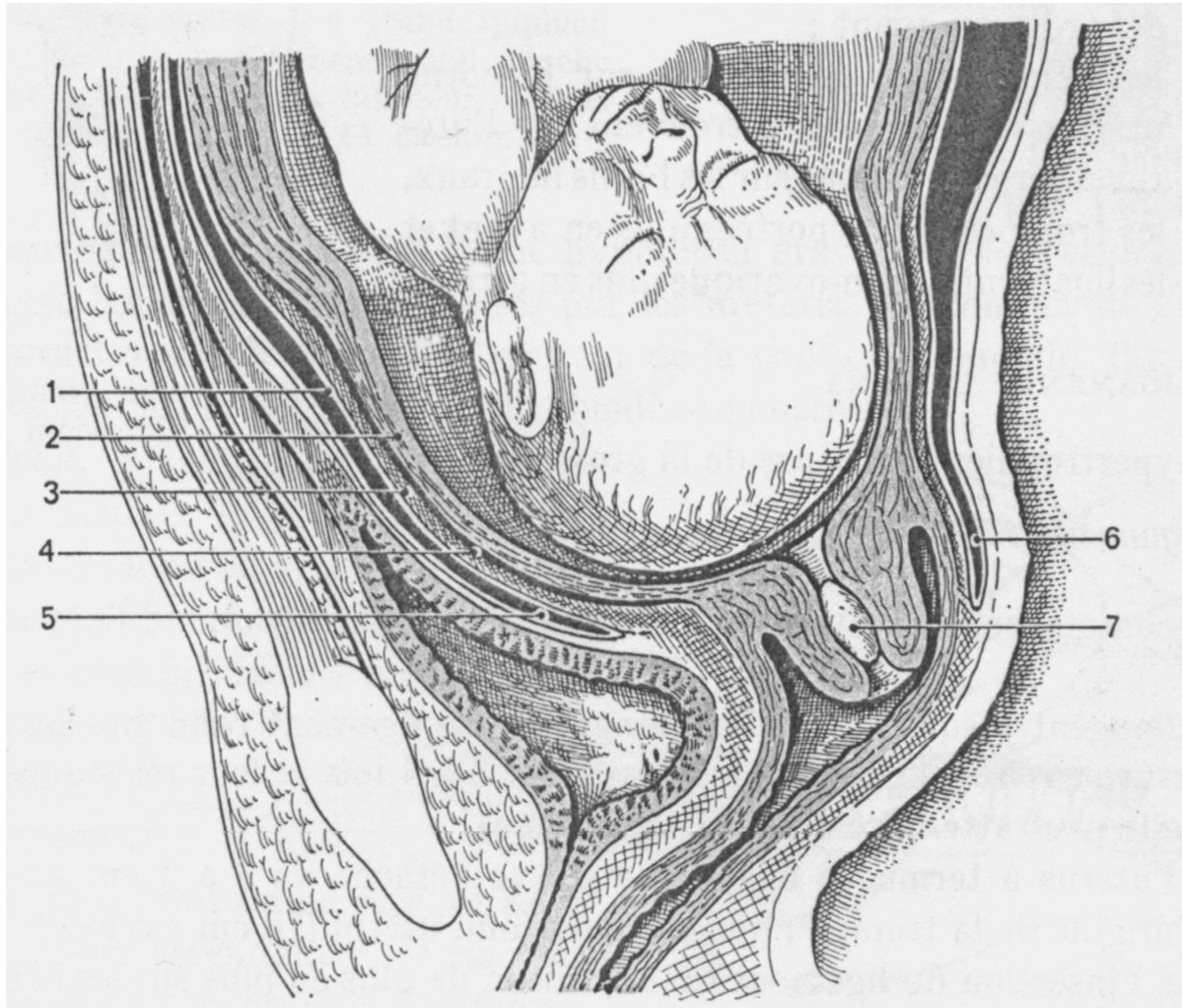
La vessie ascensionne généralement en fin de gestation. Par ailleurs, les adhérences entre vessie et suture de césarienne favorisent l'ascension de

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.



Ht  
↑  
Caudale →

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

## **b) Structure**

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

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

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

## **c) Applications pratiques**

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

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

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

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

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

## **C. Le Col de l'utérus**

Le col se modifie peu pendant la grossesse.

### **a) Anatomie macroscopique**

Son volume et sa forme ne changent pas.

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

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

L'état des orifices ne varie pas. Ils restent fermés jusqu' au début du travail chez la primipare.

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

#### **b) Structure**

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

Par ailleurs, il est pauvre en tissu musculaire (6,4 % dans son 1/3 inférieur, 18 % dans son 1/3 moyen et 29 % dans son 1/3 supérieur). Ce tissu musculaire est réparti en plusieurs couches circulaires.

La muqueuse ne subit pas de transformation déciduale. Ses glandes sécrètent un mucus abondant qui se collecte dans le col sous forme d'un conglomérat gélatineux, le bouchon muqueux. Sa chute, à terme, annonce la proximité de l'accouchement.

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

## **2. VASCULARISATION DE L'UTERUS GRAVIDE**

### **2.1. Les artères :**

Branches de l'artère utérine, elles augmentent de longueur mais restent cependant flexueuses. De chaque côté, elles s'anastomosent entre elles, mais non avec celles du côté opposé.

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

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

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

Cette disposition permet la dilatation du col.

### **2.2. Les veines :**

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

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

### **2.3. Les lymphatiques :**

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

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

## **3. INNERVATION**

Deux systèmes sont en jeu :



### **3.1. Le système intrinsèque :**

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

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

### **3.2. Le système extrinsèque :**

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

Ces plexus proviennent :

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

- des racines sacrées, de nature parasympathique.

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

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

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

## **4. PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS GRAVIDE**

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

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

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

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

Les contractions utérines peuvent naître de n'importe quel point du muscle utérin.

L'activité a un double but :

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

#### **4.1. La dilatation du col :**

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

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

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

#### **b) Phase concomitante :**

se caractérise par :

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

#### **c) Phase de réalisation :** c'est celle de la dilatation proprement dite.

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

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

#### **4.2. La progression du fœtus :** comprend :

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

Les contractions utérines sont indispensables pour la bonne marche des phénomènes préparatoires de l'accouchement et à l'accouchement lui-même. Elles constituent la force motrice de l'utérus gravide et assurent l'hémostase après la délivrance.

### **III LA CICATRICE UTERINE [57 ]**

#### **A – Etat de la cicatrice**

La cicatrice utérine, du fait de sa nature fibreuse prédominante, représente la zone de fragilisation électorale 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 [61]

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

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

## **B - Etiologie**

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

### **1-Interventions chirurgicales**

#### **a) Obstétricales**

##### □ Césarienne :

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

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

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

Toutefois dans l'hystérotomie segmentaire, la qualité de la cicatrice tient pour beaucoup à la bonne exécution de la suture. En raison de la disposition lamellaire des plans du segment inférieur, surtout dans l'incision transversale,

on doit prendre le soin de charger avec l'aiguille, de chaque côté, la totalité de l'épaisseur des tranches. Un opérateur insuffisamment entraîné peut fort ne saisir qu'une des lames et il est probable qu'une partie des désunions futures tiennent de cette faute technique aisément évitable.[50 ]

□ 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. [49]

**b) Gynécologiques**

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

□ Myomectomies :[49 ]

Pour beaucoup la non ouverture de la cavité est un critère de solidité. A l'inverse, d'autres pensent que l'ouverture de la cavité lors d'une importante myomectomie interstitielle ou sous-muqueuse permet d'assurer un meilleur drainage de la loge de myomectomie qui aura, par ailleurs, été méticuleusement capitonnée par des points éversants dont les chefs auront été laissés libres dans la cavité utérine, s'interposant ainsi entre les deux parois utérines.

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

□ Hystéroplasties :

- intervention de Strassman (1907): Indiquée dans les malformations utérines de type utérus bicornes notamment celles uni-cervicaux ; d'abord vaginale puis reproduite par voie abdominale, elle consiste en une incision en « V » des faces médiales des deux cornes utérines dans le plan frontal suivie d'une suture dans le plan sagittal des deux demi-faces postérieures et des deux demi-faces antérieures. En pratique, la prise en charge obstétricale associée à un cerclage du col utérin en cas d'antécédent d'accident suffit le plus souvent à obtenir la naissance vivante désirée.

- intervention de Bret-Palmer (France 1959) encore appelée intervention de Tompkins (USA 1962): Il s'agit d'une technique abdominale très ingénieuse de section de la cloison sans résection du myomètre ni même résection de l'étoffe de la cloison. Le principe de cette opération maintenant périmée, dans les pays développés, mérite un rappel : incision sagittale médiane de l'utérus jusqu' au bout inférieur de la cloison ; les deux héli-cloisons ainsi formées sont sectionnées de bas en haut à mi-distance des faces antérieure et postérieure sous le contrôle de la vue ; l'utérus est refermé en deux plans dans le sens de son incision.

Les résultats excellents de cette opération, tant sur le taux de grossesse que sur la qualité de la cavité utérine et du myomètre, ont transformé le pronostic de l'affection. La nécessité d'une laparotomie, confrontée à l'existence d'un taux de naissances vivantes sans traitement ou sous couvert d'un simple cerclage de l'ordre de 50 %, faisaient cependant reculer l'indication opératoire après la survenue de 2 à 3 avortements caractéristiques [59].

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

□ Réimplantations tubaires et Salpingectomies

Sont très souvent causes de rupture utérine précoce survenant la plupart du temps pendant le 2<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse et sa traduction clinique est souvent bruyante avec un tableau d'hémorragie interne.

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

### **c) Accidents au cours du travail : Ruptures utérines**

Elles sont soit spontanées soit provoquées.

#### □ Ruptures spontanées :

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

#### □ Ruptures provoquées :

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

Il s'agit la plupart du temps de l'utilisation abusive d'ocytociques (Syntocinon®) et de prostaglandines (Cytotec®), de pratique de manœuvres obstétricales instrumentales et non instrumentales.

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

## **C – Complications**

### **1. Ruptures utérines : [5 6]**

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 fœtale 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 fœtale aiguë, sont souvent absents.

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

## **2. Placenta praevia**

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

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

Le risque d'un placenta accréta doit toujours entraîner l'équipe obstétricale à intervenir avec d'excellente voie d'abord veineuse, du sang compatible tenu à



disposition, une numération globulaire satisfaisante avant l'intervention et un nombre suffisant d'opérateurs, l'un pouvant être amené à comprimer l'aorte si nécessaire le temps d'assurer l'hémostase. \_\_

## **D - Diagnostic des différentes complications[50 ]**

### **1- Rupture utérine sur utérus cicatriciel**

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

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

Le choc hémorragique est dans la plupart des cas, rare. Il y aura plutôt une hémorragie minime, la cicatrice désunie étant une zone peu vascularisée.

Les signes de péritonite sont très peu marqués, voire absents. Ils sont remplacés par une irritation péritonéale à type de douleurs diffuses avec iléus paralytique. Il peut s'associer à une anémie clinique plus ou moins marquée. La connaissance de l'opération antérieure permet de faire aisément le diagnostic.

L'examen doit être complet et mené avec minutie.

L'aspect clinique 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.

### **2- Rupture utérine et placenta accréta**

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

Il ne faut pas hésiter à faire une laparotomie.

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

Il est très facile :

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

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

Au contraire, le diagnostic devient problématique: en cas :

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

#### **IV CONDUITE A TENIR LORS D'UN NOUVEL ACCOUCHEMENT ;**

[47 ; 46]

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

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

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

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

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

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

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

## **A- La césarienne prophylactique[60 ]**

### **1 - Les indications**

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

#### **a)Les rétrécissements pelviens**

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

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

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

### **b) La cicatrice utérine**

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

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

### **c) La grossesse actuelle**

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

- une surdistension utérine (macrosomie, grossesse gémellaire, hydramnios)
- une présentation autre que celle du sommet
- un placenta praevia antérieur

## **- 2 –particularités techniques de la césarienne**

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

L'ascension du dôme vésical est fréquente et expose davantage la vessie à une blessure, il faut donc en tenir compte lors de l'ouverture du péritoine.

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

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

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

Il faut savoir discuter le dogme de la ligature à la troisième césarienne ; 4 voire 5 césariennes sont possibles si la femme le souhaite et si les conditions anatomiques sont bonnes. En aucun cas l'opérateur n'est autorisé à lier les trompes si la patiente lui a signifié son refus. La stérilisation tubaire, même au cours d'une 3<sup>ème</sup> césarienne doit être envisagée avec beaucoup de réticence chez les patientes de moins de 30 ans.

Dans tous les cas il faut s'assurer que l'enfant qu'on vient d'extraire ne présente aucune tare majeure.

En cas d'hésitation, on peut toujours pratiquer une stérilisation secondaire après discussion avec le couple.

### **B- L'épreuve utérine[72 ]**

#### **1 - Les conditions de réalisation**

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

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

### **a) Les cas favorables**

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

Les éléments du pronostic sont constitués par :

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

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

### **b)- Les cas limites**

La constatation d'un rétrécissement pelvien modéré est fréquente au cours de ce bilan. Elle ne doit pas être pour autant une contre-indication de l'épreuve

utérine tant que la confrontation céphalo-pelvienne sur le diagramme de Magnin se situe dans la zone d'eutocie, et qu'il n'existe pas de signes cliniques défavorables.

Cependant, il est nécessaire qu'en cas de rétrécissement pelvien celui-ci soit noté sur le dossier, et que les consignes soient données pour une épreuve utérine prudente en précisant son pronostic et sa durée (surtout si l'on se situe dans la zone d'incertitude du diagramme de confrontation céphalo-pelvienne [ 18 ]).

### **c)-Déclenchement et utérus cicatriciel**

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

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

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

## **2 – Conduite de l'épreuve utérine [60]**

### **a) Les éléments de surveillance**

#### **➤ Les contractions utérines**

La dynamique utérine est surveillée par une Tocométrie externe tant que les membranes ne sont pas rompues et ensuite, par une tocographie interne qui est la traduction exacte de l'activité utérine et se révèle très utile en cas

d'anomalie de la dilatation ou de modification de l'activité utérine (hyper ou hypocinésie).

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

➤ Le rythme cardiaque fœtal

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

➤ Les signes cliniques de la rupture utérine

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

- la douleur au niveau de la cicatrice pendant la contraction et persistant en dehors d'elle est évocatrice
- un saignement vaginal est inconstant mais également évocateur, une hypocinésie avec stagnation de la dilatation alors que les contractions étaient régulières est un signe d'alarme, de même qu'une hypercinésie de fréquence ou une élévation du tonus de base.
- la souffrance fœtale aiguë, la tachycardie maternelle, l'état de choc avec hématurie réalisent des tableaux évidents et tardifs.

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

**b) Evolution du travail dans l'épreuve utérine**

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

L'anomalie la plus fréquente au cours du travail est le ralentissement ou la stagnation de la dilatation.



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

La dystocie cervicale est diagnostiquée devant une stagnation de la dilatation avec une activité utérine correcte. Le col est rigide, des antispasmodiques doivent être administrés et leur effet jugé rapidement. En cas de stagnation de la dilatation pendant 2 heures ou de dilatation inférieure à 1 cm par heure, il faut pratiquer une césarienne.

L'existence d'une cicatrice utérine est une contre-indication à l'analgésie péridurale qui peut masquer la douleur symptomatique d'une rupture utérine, et qui est souvent à l'origine d'une 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.

### **c) L'expulsion**

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

### **d) La révision utérine**

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

#### ➤ La rupture de la cicatrice :

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

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

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

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

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

➤ La déhiscence de la cicatrice

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

**3- Les cicatrices utérines autres que la césarienne**

**a) La myomectomie**

La conduite à tenir dépend du type de myomectomie.

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

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

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

#### **b) L'hystéroplastie de Bret Palmer**

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

#### **c) Les cicatrices de salpingectomie ou d'anastomoses isthmo-interstitielles.**

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

**d) La conisation** Le col conisé peut réaliser parfois une zone de sclérose susceptible de céder brutalement en cours ou en fin de dilatation et d'entraîner une déchirure cervicale pouvant remonter vers les pédicules utérins, aussi est-il prudent chez ces patientes de vérifier après l'accouchement, sous le contrôle de valves, l'intégrité du col.

### **V CLASSIFICATION DES UTERUS CICATRICIELS**

#### **Classification hystérosalpingographique selon Thoulon : [69]**

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

- groupe 1 : cicatrice invisible radiologiquement

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

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

**Figure 5 : Hystérogaphie [35]**



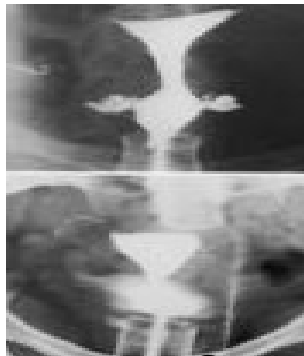
Groupe 1 :  
Cicatrice invisible



Groupe 2 :  
petite déformation < 4 mm



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



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

### 1. Classification échographique selon Rozenberg : [60]

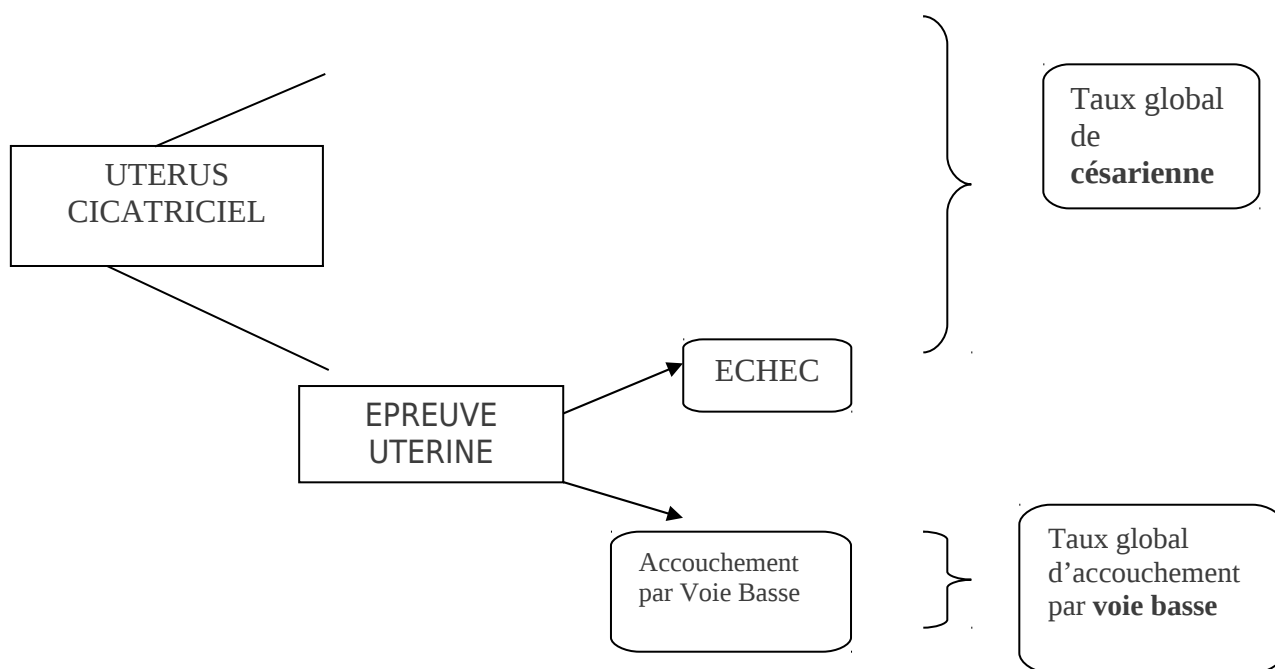
Rozenberg a réalisé 114 échographies du segment inférieur chez des patientes antérieurement césarisées, et retrouve une valeur prédictive intéressante de cet examen à partir des coupes transversales. Il propose 3 groupes :

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

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

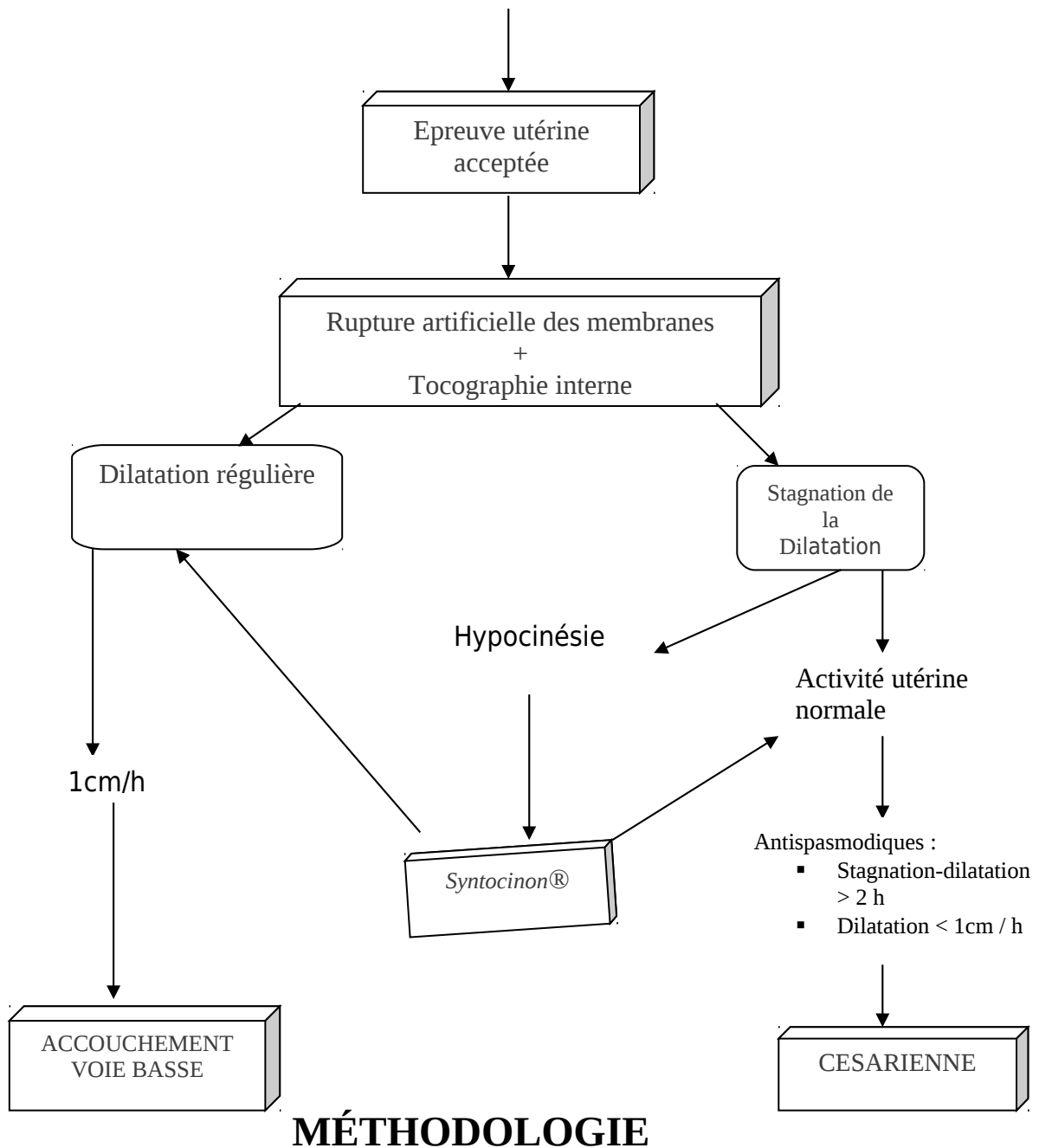
L'interprétation des coupes sagittales est plus difficile et controversée.

### **Modalités d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel [46]**



### Conduite de l'épreuve uterine [46]

EXAMEN :  
Clinique  
Paraclinique: bipariétale,  
pelvimétrie  
ETUDE du DOSSIER :  
Nature de la cicatrice  
Indication  
Compte-rendu, suites  
opératoires



**1- Description du cadre d'étude :**

L'étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako.

L'ordonnance numéro 78\_32/CMLN du 18 Août 1978 qui fixait le statut du District de Bamako à la fois une circonscription administrative de l'état située au même niveau hiérarchique que la région, est une collectivité décentralisée dotée



de personnalité morale et de l'autonomie financière. La même ordonnance créa les communes du District de Bamako.

- Commune I ;
- Commune II ;
- Commune III ;
- Commune IV ;
- Commune V ;
- Commune VI.

### **1-1- La commune I du district de Bamako :**

#### **a) Situation de la commune :**

La commune I est située à l'Est du District de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger.

Elle est limitée :

- Au Nord par le cercle de Kati ;
- Au Sud par le fleuve Niger ;
- A l'Ouest par la commune II (le marigot de Korofina limitant les deux collectivités) ;
- A l'Est par le cercle de Koulikoro.

Elle comprend neuf (9) quartiers qui sont :

- Korofina (Nord et Sud) ;
- Djélibougou ;
- Boukassoumbougou ;
- Doumanzana ;
- Fadjiguila ;
- Banconi ;
- Sikoroni ;
- Sotuba.

Elle couvre une superficie de 34,26km<sup>2</sup> soit 12,83% de la superficie totale de Bamako, pour une population totale de 284000 habitants soit une densité moyenne de 7331 hbts/km<sup>2</sup> (Recensement Général de la population /DNSI 2004).

### **b) Les infrastructures sanitaires :**

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé du gouvernement après le premier plan de développement de la commune de 1995 à 1999 qui avait prévu la création de onze aires de santé dont dix (10) sont fonctionnelles ; un deuxième plan a été élaboré pour la période 2002-2006 dans lequel il est prévu la création de six (06) nouveaux centres de santé communautaire (CSCOM) et le renforcement des capacités du Centre de Santé de Référence de la Commune I.

Il existe en commune I : un CSRéf, 10 CSCOM, des Cabinets et des Cliniques privés.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune I comprend actuellement plusieurs services et unités. \_

### **1-2- Le Service de Gynécologie et d'Obstétrique :**

Le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I fait partie des services les plus fréquentés du centre.

#### **Ce service comprend :**

- Une salle de consultation externe ;
- Une salle pour les urgences gynécologiques ;
- Une salle d'accouchement à trois lits ;
- Une salle d'attente qui sert également de salle pour les suites de couches et la surveillance post-partum ;
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité de planification familiale (PF) et post-natale ;
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;

- Un bloc d'hospitalisation comprenant :
  - ❖ Trois grandes salles avec une capacité de six (06) lits ;
  - ❖ Deux salles à deux (02) lits ;
  - ❖ Une salle pour les thésards (faisant fonction d'interne) ;
  - ❖ Une salle pour le major du bloc d'hospitalisation ;
  - ❖ Une salle de soins.
  
- Un bloc opératoire comprenant :
  - ❖ Deux salles d'interventions pour les interventions gynéco obstétricales et chirurgicales ;
  - ❖ Une salle de stérilisation des instruments ;
  - ❖ Une salle contenant l'autoclave pour la stérilisation des champs et des blouses opératoires ;
  - ❖ Une salle de réveil ;
  - ❖ Une salle de préparation des patients ;
  - ❖ Une salle de préparation des opérateurs ;
  - ❖ Un bureau pour les anesthésistes ;
  - ❖ Un bureau pour les aides de bloc.

**a) La maternité :**

Elle est située vers le côté Sud du CSRéf entre le bloc d'hospitalisation à l'Ouest, la pharmacie à l'Est et le bloc opératoire au Nord.

Elle reçoit les gestantes et parturientes issues de toutes les couches sociales. Les parturientes venant y accoucher sont suivies soit dans notre service, soit dans les autres services de gynécologie et obstétrique publics ou privés, soit dans les centres de santé communautaire.

**Le personnel de la maternité est composé de :**

- Deux gynécologue-obstétriciens.
- Un médecin généraliste (ancien thésard et également personnel d'appui) ;

- Quinze sages femmes réparties entre les différentes unités de la maternité ;
- Dix huit thésards (faisant fonction d'interne) ;
- Huit matrones ou aides soignantes.

**Les activités sont programmées comme suit :**

- Les consultations sont assurées par le médecin gynécologue obstétricien, ainsi que par les médecins généralistes, principalement lors des gardes ;
- L'échographie est réalisée tous les jours dans l'après midi sauf les cas d'urgences ;
- Deux journées consacrées aux activités chirurgicales programmées ;
- La garde est assurée par une équipe dirigée par un médecin généraliste à tendance chirurgicale et composée de thésards (ou faisant fonction d'interne), d'une sage-femme, d'une aide-soignante et de deux manœuvres ;
- La formation continue du personnel est assurée lors du staff quotidien sur les dossiers journaliers et principalement ceux de la garde, ainsi que par un exposé hebdomadaire sur les pathologies gynécologiques et obstétricales fréquemment rencontrées dans le service ;
- Il s'ensuit la visite aux malades hospitalisées, visite au cours de laquelle le gynécologue obstétricien donne les instructions et enseignements nécessaires à la formation continue des étudiants (thésards).

Les accouchements eutociques, les consultations prénatales et post natales, les consultations pour la planification familiale, le dépistage du cancer du col de l'utérus sont du ressort de la sage-femme

Les grossesses à risque ainsi que les accouchements dystociques sont pris en charge par les médecins.

**2- Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive des données qui pourra servir de base pour les idées analytiques plus affinées.

### **3- Période d'étude :**

Notre étude s'est étendue du 1er janvier 2006 au 31 Décembre 2007, soit une période de 2 ans. Le choix de cette période d'étude nous donne l'avantage de pouvoir évaluer la fréquence et d'étudier la conduite à tenir face aux utérus cicatriciels au moment où la césarienne est gratuite au Mali.

### **4- Population d'étude :**

L'étude a porté sur toutes les parturientes admises à la maternité du centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako. Pendant la période d'étude nous avons enregistré 7107 accouchements dont 448 cas accouchements sur utérus cicatriciel parmi lesquels nous avons retenu 425 cas.

### **5- Echantillonnage :**

L'échantillonnage a été constitué par toutes les parturientes ayant un utérus cicatriciel, qui ont accouché dans le service pendant la période d'étude. Notre étude a porté sur **425 cas**.

#### **5-1- Critères d'inclusion :**

A été inclus dans notre étude toute parturiente ayant un utérus porteur d'un ou plusieurs cicatrices (qu'il s'agisse de cicatrices post-césarienne, myomectomie, post-rupture utérine), venue accoucher dans le service du 01/01/2006 au 31/12/2007 et dont le dossier est complet et exploitable.

#### **5-2- Critères de non inclusion :**

N'ont pas été retenus:

- Les utérus non cicatriciels
- Les cas d'accouchements à domicile
- Les cas de dossiers non exploitables

#### **5-3- Tests statistiques :**

- Les tests statistiques étaient celui de Khi2, l'Odds ratio et son intervalle de confiance.
- Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

## **6- Collecte des données :**

### **6-1- Les sources :**

La collecte des données a été faite à partir des supports suivants :

- Une fiche d'enquête individuelle établie pour chaque parturiente et servant de questionnaire ;
- Les supports d'accouchements (Partogramme) ;
- Le registre d'accouchements ;
- Le registre de compte rendu opératoire
- Le registre d'hospitalisation.

### **6-2- La technique :**

La technique utilisée a été la lecture des dossiers obstétricaux et leur consignation dans le questionnaire.

## **7- Traitement et analyse des données :**

- Les données ont été analysées sur le logiciel Epi-info version 6 de l'OMS.
- La saisie des données a été effectuée sur le logiciel word.

## **Les maquettes de tableaux sont les suivantes :**

- Les antécédents
  - ❖ Facteurs généraux
    - L'âge
    - La profession
    - Parité
    - Antécédents médico-chirurgicaux
    - Antécédents gynécologiques
  - ❖ Cicatrice antérieure

- Nombre
- Nature
- Indication
- Suites opératoire
- ❖ Intervalle inter gènesique
- ❖ Accouchement antérieur par la voie basse
- La grossesse actuelle
  - ❖ Terme
  - ❖ Examen clinique : hauteur utérine, bruit du cœur foetal, éléments du toucher vaginal.
- Modalités d'accouchements
  - ❖ La voie basse
    - Expulsion spontanée ou instrumentale
    - Délivrance et révision utérine
    - Incidents
  - ❖ La césarienne
    - Indication
    - Type d'incision
    - Etat de l'utérus
    - Suites opératoires
- Pronostic foetal : jugé sur le terme, le score d'Apgar, et le poids à la naissance.
- Pronostic maternel : jugé sur les éléments de la révision utérine, et de la morbidité du post-partum.

### **8- Déroulement de l'enquête :**

- Elaboration d'un protocole de recherche comportant une fiche d'enquête portant 76 questions. L'enquête a duré 2 ans.

- Contact du médecin chef, du chef de service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I et de l'ensemble du personnel de la maternité pour la réalisation de ce travail,
- La collecte de certaines données à travers les documents hospitaliers.

#### 9- Les difficultés rencontrées :

- Nous avons été confrontés aux difficultés d'avoir des dossiers obstétricaux complet. Cependant avec l'aide des différents documents administratifs et médicaux plusieurs difficultés ont pu être surmontées.

Ce qui nous interpelle par rapport à la tenue des dossiers pour que les études ultérieures se passent dans les conditions les meilleures.

- Les problèmes financiers quand à la réalisation de ce travail (les photocopies, la saisie et le transport).

#### 10- Les variables étudiées :

**Tableau I** : Les variables étudiées sont consignées dans le tableau ci-dessous :

<b>Variables</b>	<b>Nature</b>	<b>Echelle mesure</b>	<b>Technique de collecte</b>
Age (en intervalle)	<b>Semi-qualitative</b>	année	lecture
Statut matrimonial	<b>Qualitative nominative</b>		lecture
Profession	<b>Qualitative nominative</b>		lecture
Résidence	<b>Qualitative</b>		lecture
Profession Procréateur	<b>Qualitative</b>		lecture
Parité	<b>Quantitative discontinue</b>		lecture
Taille	<b>Quantitative discontinue</b>	Cm	lecture
Bassin	<b>Qualitative catégorielle</b>	1=Bassin limite 2=BGR etc.....	lecture



ATCD d'avortement	<b>Logique</b>	1 = oui 2 = non	lecture
ATCD chirurgicaux	<b>Quantitative</b>		Lecture
Nbre de cicatrice ut.	<b>Quantitative discontinue</b>		Lecture
Déhiscence de la cicatrice	<b>Logique</b>	0 = oui 1 = non	Lecture
CPN	<b>Logique</b>	0 = faite 1= non faite	Lecture
Terme de la grossesse	<b>Quantitative discontinue</b>	S.A.	Lecture
Dilatation col	<b>Quantitative discontinue</b>	cm	Lecture
Hauteur utérine	<b>Quantitative</b>	cm	Lecture
Type de présentation	<b>Qualitative nominative</b>	0=cépha- lique  1=siège, etc....	Lecture
Voie d'accouchement	<b>Qualitative nominative</b>	1=voie haute 2=voie basse	
Etat du nouveau-né	<b>Qualitative catégorielle</b>	Apgar de 0 à 10	Lecture
Poids du nouveau-né	<b>Quantitative discontinue</b>	G	Lecture
Taille du nouveau-né	<b>Quantitative discontinue</b>	cm	Lecture
Pronostic maternel	<b>Groupe de variable</b>	morbidité mortalité	Lecture

## 11- Aspects éthiques :

Cette étude a été faite dans le but d'améliorer le pronostic de l'accouchement. Les dossiers ont été collectés et saisis dans la plus grande discrétion. Les résultats de ce travail seront à la disposition de tous les praticiens pour le bien-être des mères et de leurs nouveau-nés.

## 12- Définitions opérationnelles :

- **Cas** : toute parturiente ayant un utérus portant une ou plusieurs cicatrices myométriales.
- **Variables** : Sont les paramètres qu'on se propose d'étudier par rapport à une population.
- **Le dossier complet et exploitable** : Est un dossier comportant la quasi-totalité des paramètres à étudier.
- **Venue d'elle-même** : gestantes ou parturientes ou accouchées admises directement dans le service sans passer par un autre centre.
- **Référée** : toute gestante adressée par une structure de santé sans notion d'urgence.
- **Evacuée** : toute gestante adressée par une structure de santé dans un contexte d'urgence.
- **L'adolescente** : toute gestante dont l'âge est inférieur ou égal à 19 ans à l'admission
- **Age obstétrical élevé** : toute gestante dont l'âge est supérieur ou égal à 35ans à l'admission.
- **La Gestité** : Est l'état d'être enceinte
- **La parité** : Est l'acte d'avoir accoucher.
- **Nullipare** : il s'agit d'une femme qui n'a pas encore accouché.
- **Primipare** : il s'agit d'une femme qui est à son premier accouchement

- **Multipare** : une femme qui a fait un nombre d'accouchement compris entre 2 et 6.
- **Grande multipare** : une femme qui a fait plus de 6 accouchements.
- **Bassin** : son appréciation a été exclusivement clinique ; nous ne sommes pas intéressés à la radiopelvimétrie au cours de notre étude.
- **BGR** : promontoire atteint et les lignes innominées sont suivies au delà des 2/3 antérieures.
- **Bassin limite** : promontoire atteint mais les lignes innominées ne sont pas suivies au-delà des deux tiers antérieures.
- **Bon état de la cicatrice** : cicatrice souple, avec berges régulières
- **Mauvais état de la cicatrice** : cicatrice chéloïde, fibrosée, dure
- **L'accouchement** : c'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint un âge théorique de 28 SA.
- **Accouchement eutocique** : s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal.
- **Accouchement dystocie** : ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes.
- **Travail spontané** : travail qui se déclenche de lui-même, sans intervention extérieure.
- **Travail naturel** : travail qui se fait sous l'influence de la seule physiologie.
- **Travail dirigé** : travail qui se fait avec une intervention extérieure.
- **Travail provoqué** : lorsque le travail est consécutif à une intervention extérieure, généralement d'ordre thérapeutique.

- **Travail artificiel** : qui est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale, par voie basse ou par voie abdominale.
- **Le forceps** : Est un mot anglais qui signifie pince ou tenaille. Il s'agit de pinces destinées à saisir la tête du fœtus pendant le travail et à l'extraire des voies génitales maternelles.
- **La laparotomie** : Est une ouverture chirurgicale de la cavité abdominale.
- **La césarienne** : est une intervention chirurgicale qui permet l'extraction du fœtus après une incision chirurgicale de l'utérus.
- **L'Apgar** : Est un score qui permet d'évaluer l'état du nouveau-né à la naissance.
- **HTA** : la tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140mm Hg et ou diastolique supérieure ou égale à 90mm Hg.
- **Pré-éclampsie** : état précédant l'apparition des convulsions éclamptiques et apparaissant à partir de 20 Semaines d'aménorrhées de la grossesse, qui se manifeste par l'exagération de l'HTA et par l'apparition d'une albuminurie importante avec oligurie, de céphalées intenses, de troubles digestifs (vomissements), de douleurs épigastriques (barre de Chaussier) et de troubles sensoriels oculaires (brouillard visuel, mouches volantes, amblyopie, diplopie...) ou auditifs (bourdonnements, vertiges).
- **Eclampsie** : complication aiguë et paroxystique de la toxémie gravidique, d'apparition brutale ou succédant à une phase d'éclampsisme, survenant pendant la grossesse (le plus souvent au cours du troisième trimestre), pendant l'accouchement ou les 48 premières heures des suites de couches et évoluant en quatre phases :
  - La phase d'invasion, courte ;
  - La phase tonique dure vingt à trente secondes ;
  - La phase clonique dure quelques minutes ;
  - La phase de coma plus ou moins profond dure quelques heures.

- **RPM** : il s'agit d'une rupture spontanée de l'amnios et du chorion survenant en dehors de tout travail.
- **L'utérus cicatriciel** : est un utérus porteur en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, d'une ou de plusieurs cicatrices myométriales. Cette définition exclut les cicatrices uniquement séreuses ou muqueuses comme on peut les rencontrer lors de certaines myomectomies pour myomes sous séreux, de cures de synéchies ou de résection de polypes per-hystéroscopiques sans effraction du myomètre.

## RÉSULTATS

### I- FREQUENCE GLOBALE : Du 01-01-2006 au 31-12-2007

La prévalence globale de l'accouchement sur utérus cicatriciel était de 425 cas sur un nombre total d'accouchements de 7107, soit une fréquence de 6 %.

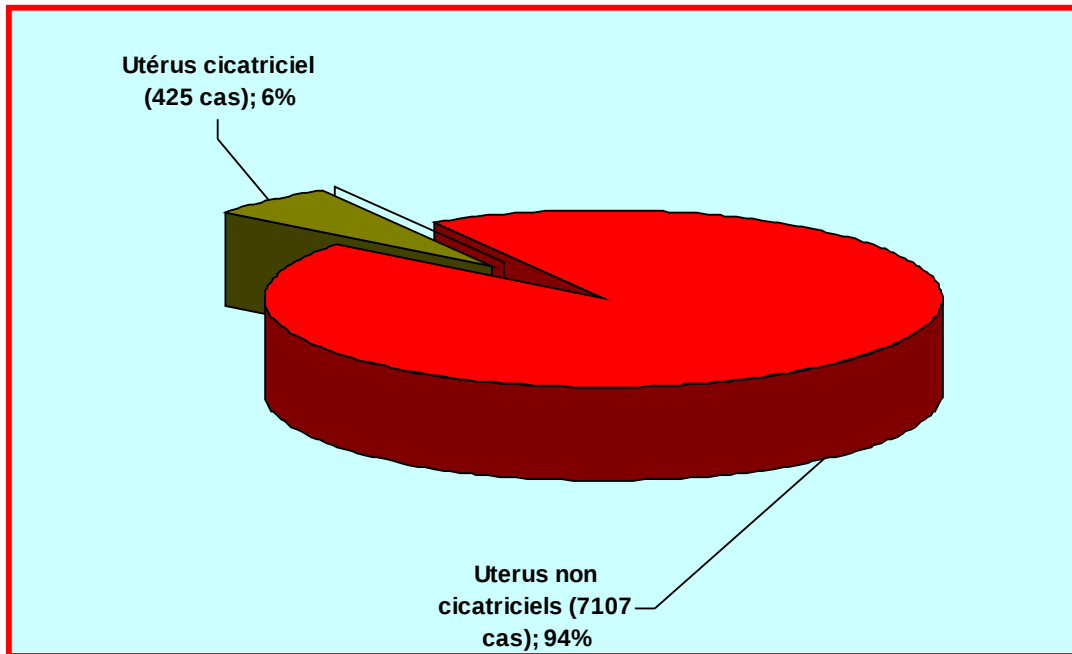
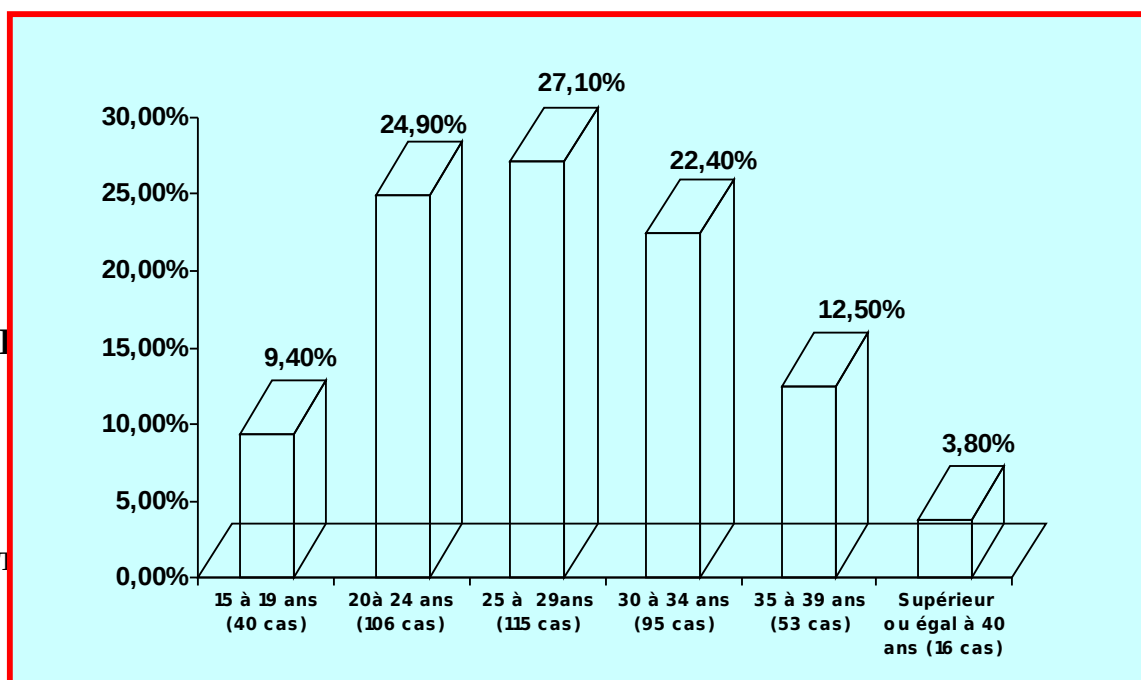


Figure 6 : Fréquence globale des utérus cicatriciels



### Figure 7 : Répartition selon les tranches d'âge

La tranche d'âge de 25 à 29 a été la plus représentée dans notre étude avec 27,1%

### Tableau II : Répartition selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	%
<b>Non instruites</b>	<b>214</b>	<b>50,35</b>
Primaire	190	44,70
Secondaire	18	4,23
Supérieur	3	0,72
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100</b>

Le taux d'analphabétisme en français était élevé, soit 50,35%.

### Tableau III : principales occupations

Principales occupations	Effectif	%
Fonctionnaires	22	5,2
<b>Ménagères</b>	<b>338</b>	<b>79,5</b>
Vendeuses/commerçantes	34	8
Elèves/étudiantes	16	3,8
Autres	15	3,5

<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100</b>
--------------	------------	------------

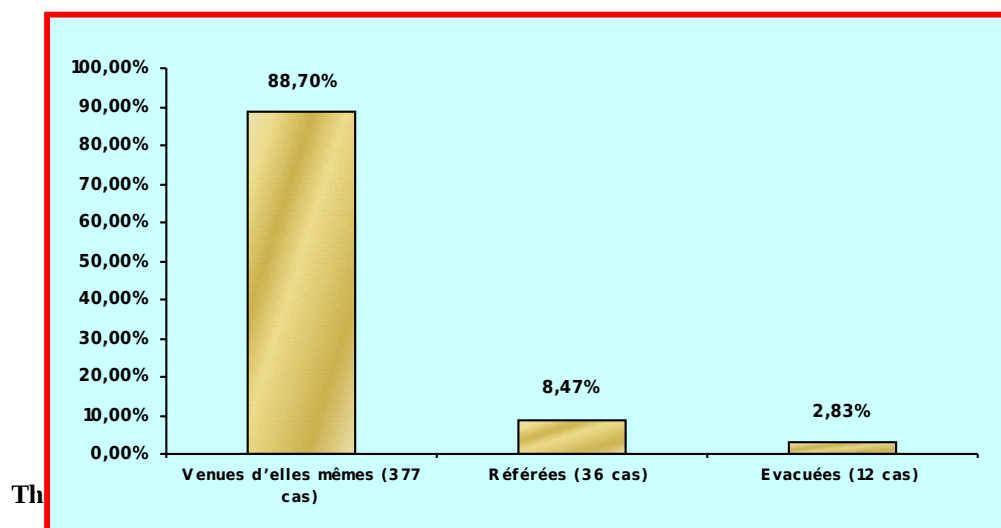
Autres : Couturières (05) ; Teinturières (04) ; Coiffeuses (03) ; Aide Soignante (01) ; Technicienne de bâtiment (01) ; Secrétaire (01)

**Tableau IV: Statut matrimonial**

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Mariées</b>	<b>418</b>	<b>98,35</b>
Célibataires	7	1,65
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100</b>

Les patientes étaient mariées dans 98,35% des cas.

### III- Mode d'admission de la parturiente





### Figure 8: Mode d'admission

Dans 88,70% des cas les patientes sont venues d'elle mêmes.

**Tableau V : Lieu de référence/Évacuation**

Lieu de référence/Évacuation	Effectif	%
CSCOM	36	75
CSRéf	5	10,4
Autres	7	14,6
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Autres : Cabinet DANAYA (02) ; Centre SADIA (02) ; Centre MUTEK (01) ; Clinique ALMED (01) ; Clinique ESPOIR (01)

Les références/Évacuations provenaient des CSCOM dans 75% des cas.

**Tableau VI: Motifs de référence/Évacuation**

Motifs de référence/Évacuation	Effectif	%
Utérus cicatriciels	37	77,08
Hémorragies	4	8,33
Non engagement à dilatation complète	2	4,17
Autres	5	10,42
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Autres : Grossesse arrêtée à 24SA ; Latérocidence, Malformation du bassin, Présentation du siège ; Variété OS (01 chacun).

Utérus cicatriciel représentait le plus fréquent motif de références/Évacuations ; soit 77,08%.

**Tableau VII : Support de référence/Évacuation**

<b>Support de référence/Évacuation</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Partographes	4	8,34
<b>Fiches de référence/évacuation</b>	<b>44</b>	<b>91,66</b>
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Dans 91,66% des cas les supports de références/évacuations étaient des fiches.

#### **IV- Les antécédents de la parturiente**

##### **1-Les antécédents médico-chirurgicaux**

**Tableau VIII : Antécédents médicaux**

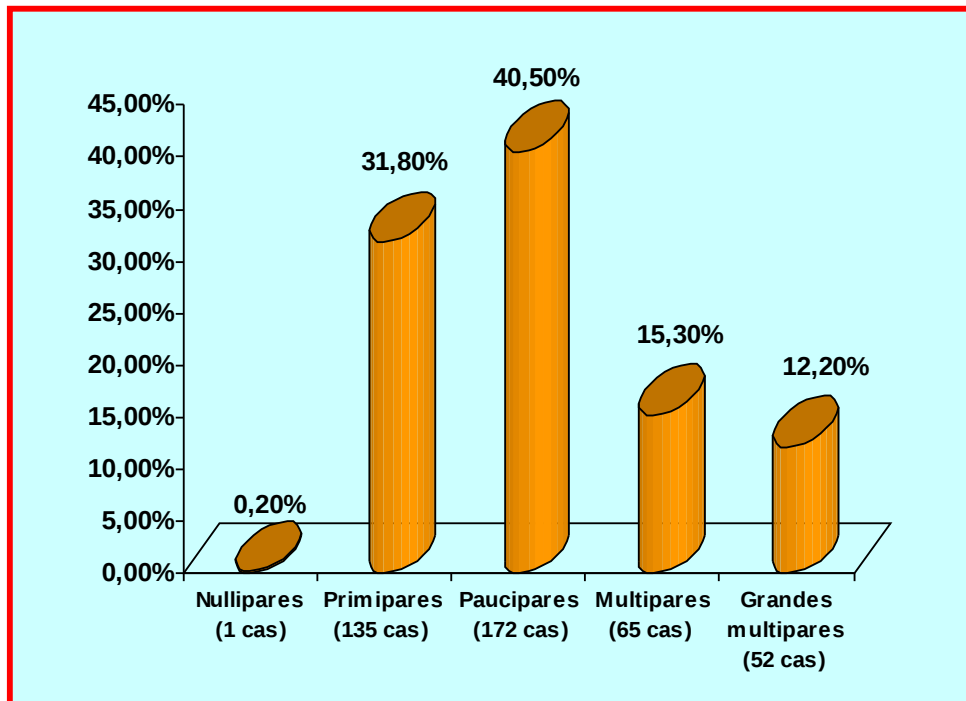
<b>ATCD médicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Asthme	5	1,17
Drépanocytose	4	0,93
Epilepsie	1	0,24
<b>HTA</b>	<b>17</b>	<b>4</b>
HTA + Diabète	1	0,24
Sérologie VIH+	1	0,24
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>6,82</b>

**Tableau IX : Antécédents chirurgicaux**

<b>Antécédents chirurgicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Césarienne</b>	<b>414</b>	<b>97,42</b>
Myomectomie	9	2,12
Perforation utérine par curetage	1	0,23
Rupture utérine	1	0.23
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100</b>

97,42% des parturientes ont un antécédent chirurgical de césarienne.

## 2-Les antécédents gynéco-obstétricaux



**Figure 9: Parité**

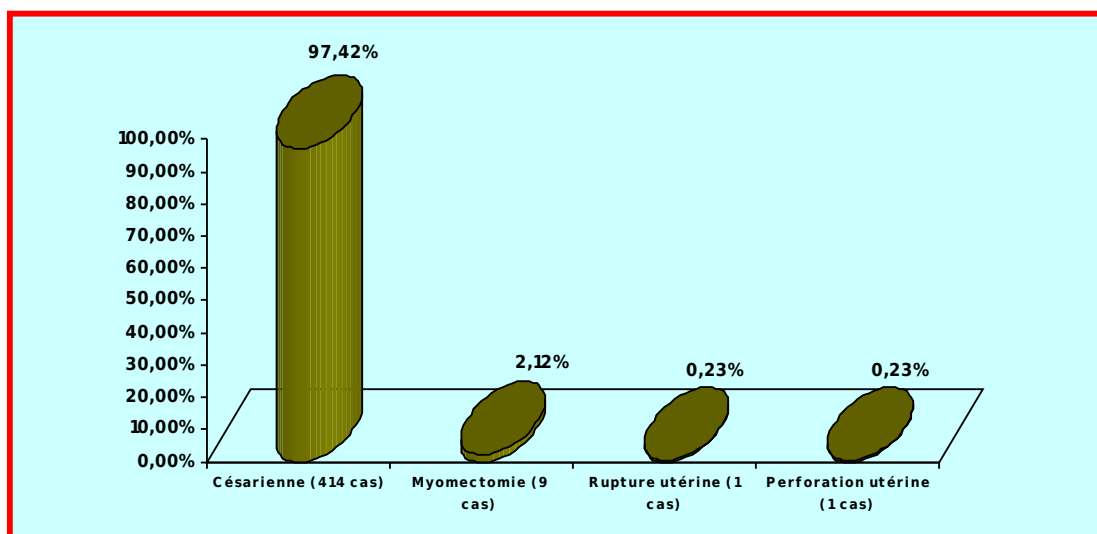
Les paucipares représentaient 40,5%.

**Tableau X: Antécédents d'accouchement par voie basse**

<b>ATCD d'accouchement voie basse</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Oui	98	23,1
<b>Non</b>	<b>327</b>	<b>76,9</b>
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100</b>

76,9%des parturientes n'avaient pas un antécédent d'accouchement par voie basse.

### 3-Antécédents de cicatrices utérines antérieures



**Figure 10 : Les étiologies des cicatrices utérines antérieures**

La césarienne était la principale cause de cicatrices utérines antérieures ; soit 97,42%.

**Tableau XI : nombre de césariennes**

<b>Nombre de césariennes</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Pas de césarienne	11	2,59
<b>1</b>	<b>340</b>	<b>80</b>

2	64	15,06
Supérieur ou égal à 3	10	2,35
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100</b>

80%des parturientes avaient un utérus unicicatriciel.

**Tableau XII : Nature de la cicatrice utérine**

<b>Nature de la cicatrice</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Segmentaire transverse</b>	<b>414</b>	<b>97,41</b>
Verticale segmentocorporéale	1	0,24
Corporéale	10	2,35
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100</b>

La cicatrice utérine était segmentaire transverse chez 97,41%des parturientes.

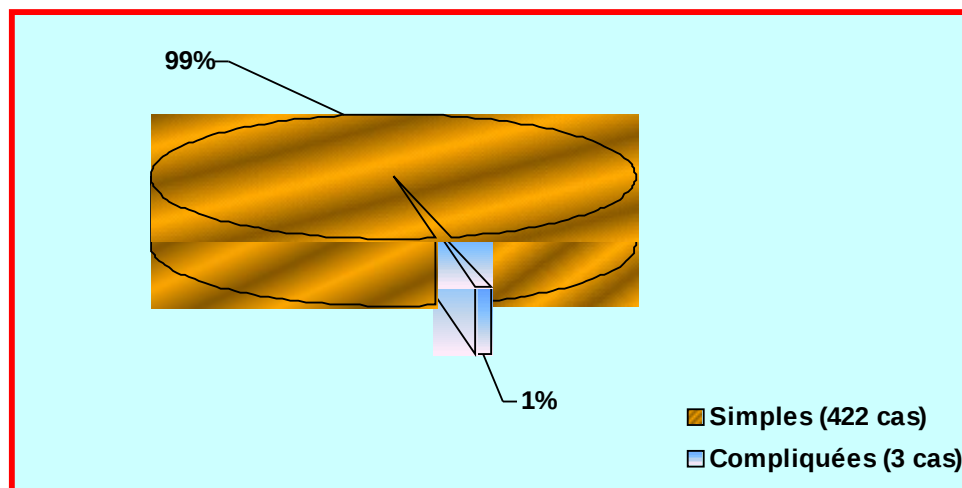
**Tableau XIII : Indications de césarienne antérieure**

<b>Indications de césarienne</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>SFA</b>	<b>90</b>	<b>21,74</b>
Gros fœtus	60	14,49
Présentation dystocique	64	15,46
Procidence du cordon	10	2,42
Placenta praevia hémorragique	21	5,07
Echec de l'épreuve du travail	31	7,49
Dystocie cervicale	22	5,31
Bassin dystocique	58	14,01
Autres	46	11,11
Indications inconnues	12	2,9
<b>Total</b>	<b>414</b>	<b>100</b>

Autre : Eclampsie ; HRP (07 chacun) ; J1 en siège (05) ; Utérus bi cicatriciel (04) ; HTA (03) ; Enfant précieux ; Grossesse gémellaire sur utérus cicatriciel ;

Intervalle inter gènesique court (02 chacun) ; ATCD de Rupture utérine ; HTA+primipare âgée ; Pré-éclampsie ; Tête mal fléchie (01 chacun)

La souffrance fœtale aigue était l'indication de césarienne la plus fréquente avec 21,74%.



**Figure 11: Suites opératoires post césarienne**

Dans 99% les Suites opératoires post césariennes ont été simples.

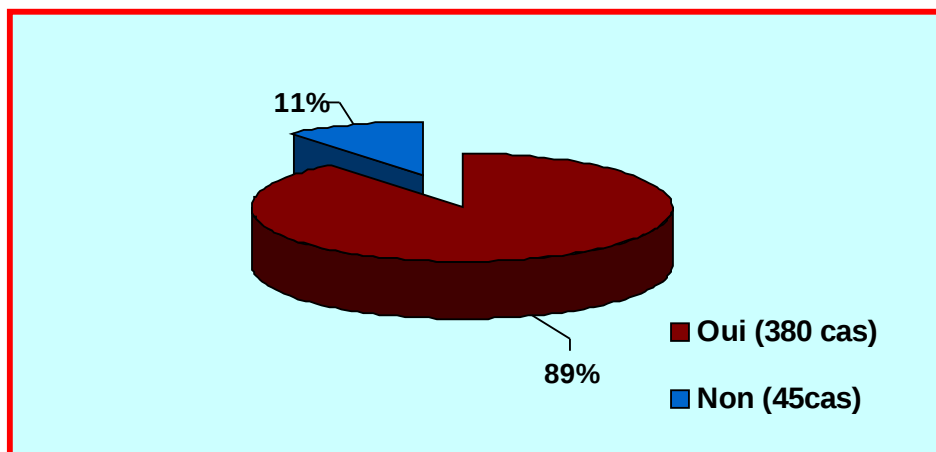
**Tableau XIV: Intervalle intergènesique**

Intervalle intergènesique	Effectif	%
< 2 ans	83	19,53
<b>Supérieur ou égal a 2 ans</b>	<b>342</b>	<b>80,47</b>
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100</b>

Dans 19,53% des cas les parturientes avaient un Intervalle intergènesique inférieur à deux ans.

## V- La grossesse et l'accouchement actuels :

### A- La grossesse actuelle



**Figure 12 : CPN**

89% des parturientes avaient fait la CPN

**Tableau XV : Lieu des CPN**

Lieu des CPN	Effectif	%
CSCOM	170	44,74
<b>Csref</b>	<b>199</b>	<b>52,37</b>
Autres	11	2,89
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

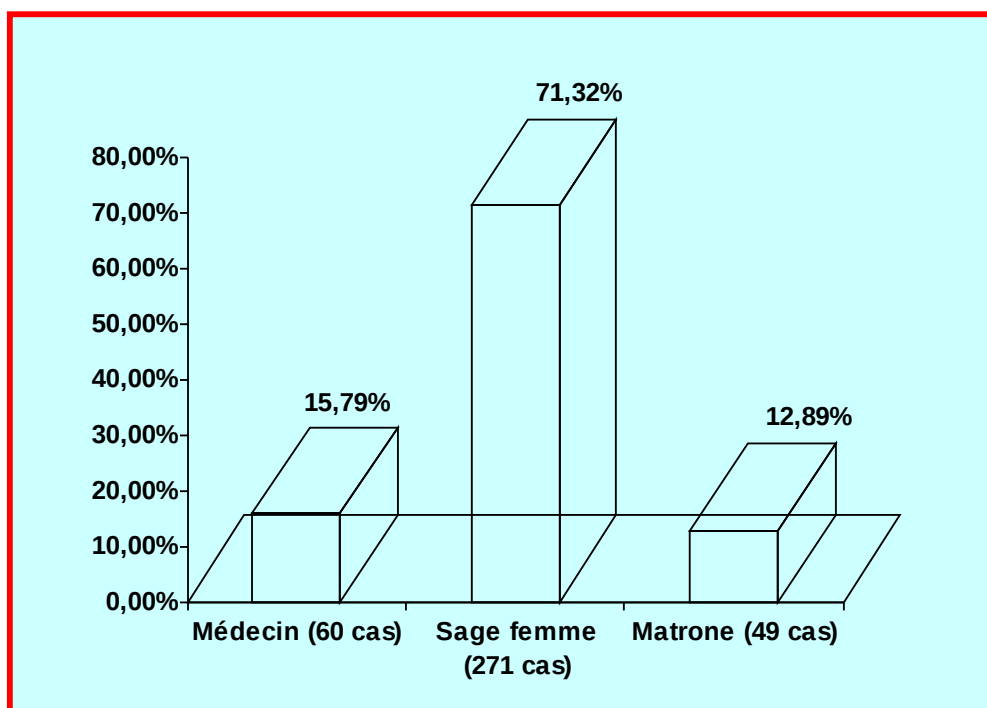
Autres : Cliniques privés (10) ; HGT (01)

52,37% des parturientes ont effectué leur CPN au niveau du Csref.

**Tableau XVI : Nombre de CPN**

<b>Nombre de CPN</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
0	45	10,59
<b>1-3</b>	<b>221</b>	<b>52</b>
Supérieur ou égal à 4	159	37,41
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100</b>

52% des parturientes avaient fait moins de quatre CPN.



**Figure 13 : Qualification de l'agent CPN :**

Les parturientes étaient suivies par une sage femme dans 71,32% des cas.

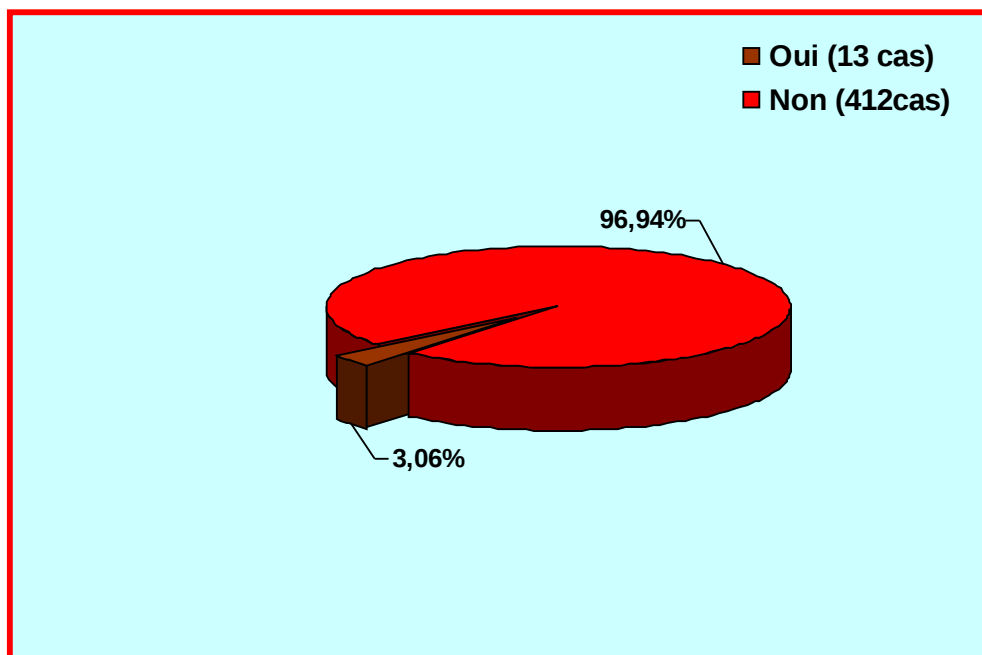
**Tableau XVII : Répartition selon la taille**

<b>Taille</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
---------------	-----------------	----------



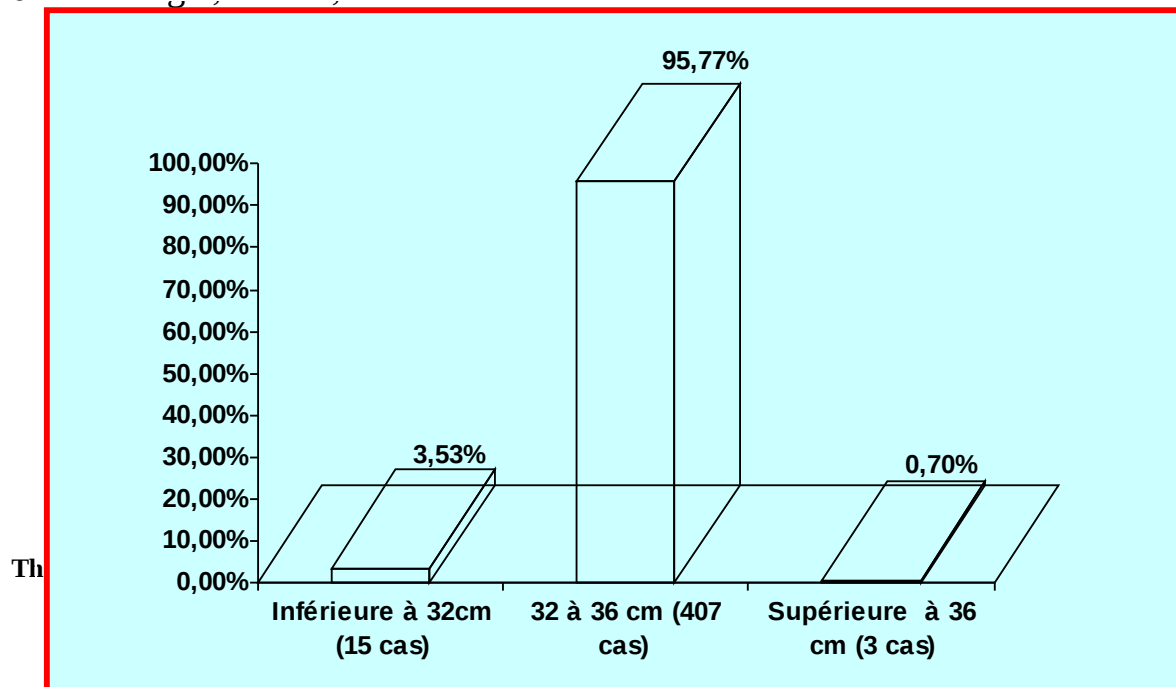
Inférieure à 1m50	34	8
<b>Supérieure ou égale à 1m50</b>	<b>391</b>	<b>92</b>
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100</b>

La taille supérieure ou égale à 1m50 était la plus représentée, soit 92%.



**Figure 14 : L'hémorragie à l'admission**

Un taux remarquable de parturientes a été admis sans aucune notion d'hémorragie, soit 96,94%.



### Figure 15 : Hauteur utérine

La hauteur utérine était comprise entre 32 cm et 36 cm chez 95,77% des parturientes.

**Tableau XVIII : Le terme de la grossesse**

<b>Terme de la grossesse</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Moins de 37 SA	17	4
<b>Entre 37 et 42 SA</b>	<b>404</b>	<b>95,05</b>
Supérieur à 42 SA	4	0,95
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100</b>

Dans 95,05% des cas la grossesse était à terme

**Tableau XIX : Contractions utérines**

<b>Contractions utérines</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Absence de contractions	68	16
Hypocinésie	8	1,88
<b>Normale</b>	<b>348</b>	<b>81,88</b>
Hypercinésie	1	0,24

Total	425	100
-------	-----	-----

Les contractions utérines étaient normales chez 81, 88% des parturientes.

**Tableau XX: Fréquence des BDCF**

Fréquence des BDCF	Effectif	%
BDCF absents	6	1,4
Inférieur à 120 batt/mn	5	1,2
<b>Entre 120-160 batt/mn</b>	<b>413</b>	<b>97,2</b>
Supérieur à 160 batt/mn	1	0,2
Total	425	100

Dans 97,2% des cas, les BDCF étaient compris entre 120 – 160 batt/mn.

**Tableau XXI: Dilatation du col**

Dilatation du col	Effectif	%
Phase de latence	125	29,4
<b>Phase active</b>	<b>232</b>	<b>54,6</b>
Parturiente non en travail	68	16,0
Total	425	100

54,6% des parturientes ont été admises à la phase active du travail d'accouchement.

**Tableau XXII : Membrane amniotique**

<b>Membrane amniotique</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Intacte</b>	<b>320</b>	<b>75,3</b>
Rompue	105	24,7
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100</b>

La membrane amniotique était intacte chez 75,3% des parturientes.

**Tableau XXIII : Type de rupture**

<b>Type de rupture</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
RPM	8	1,88
RSM	102	24
<b>RAM</b>	<b>315</b>	<b>74,12</b>
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100</b>

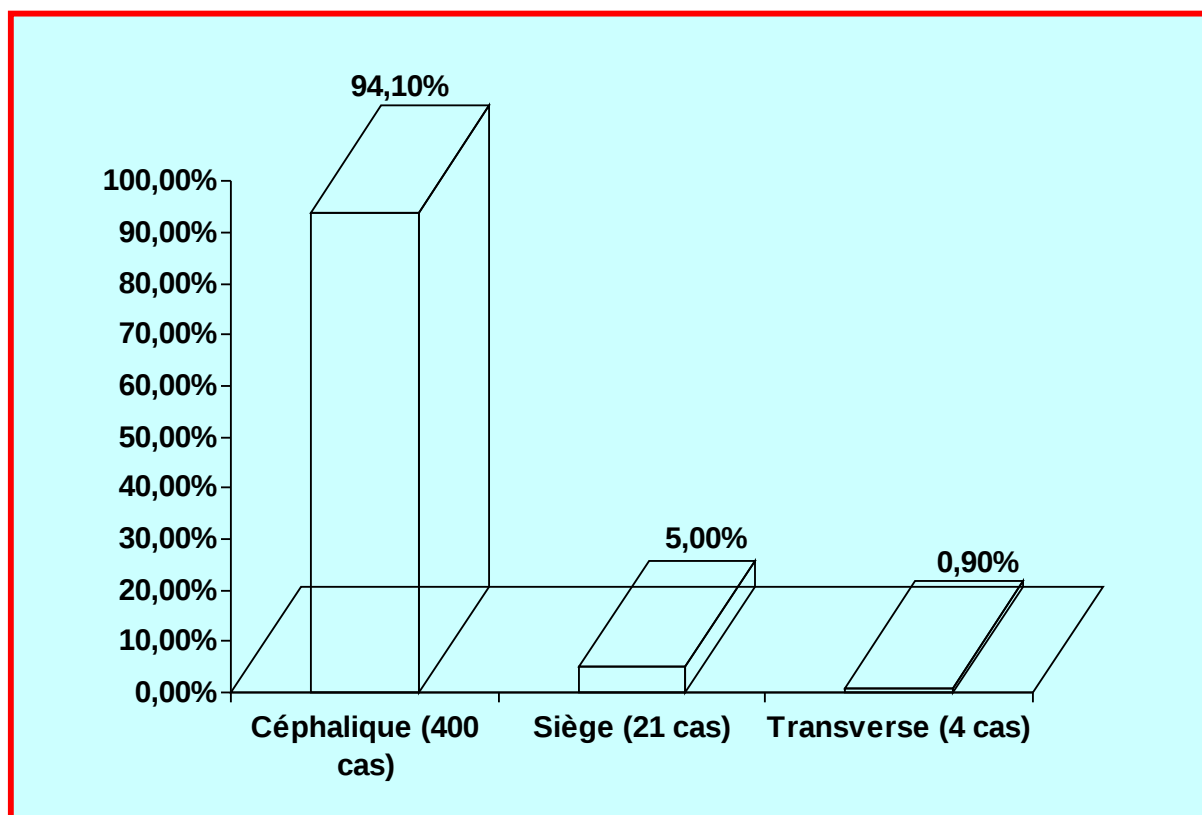
La rupture de la membrane amniotique a été artificielle dans 74,12%.

**Tableau XXIV : Aspect du liquide amniotique**

<b>Aspect du liquide amniotique</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Clair</b>	<b>225</b>	<b>52,94</b>

Teinté	108	25,41
Méconial	4	0,94
Sanglant	7	1,65
Non précisé	81	19,06
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100</b>

Le liquide amniotique était clair dans 52,94% des cas.



**Figure 16 : Présentation fœtale**

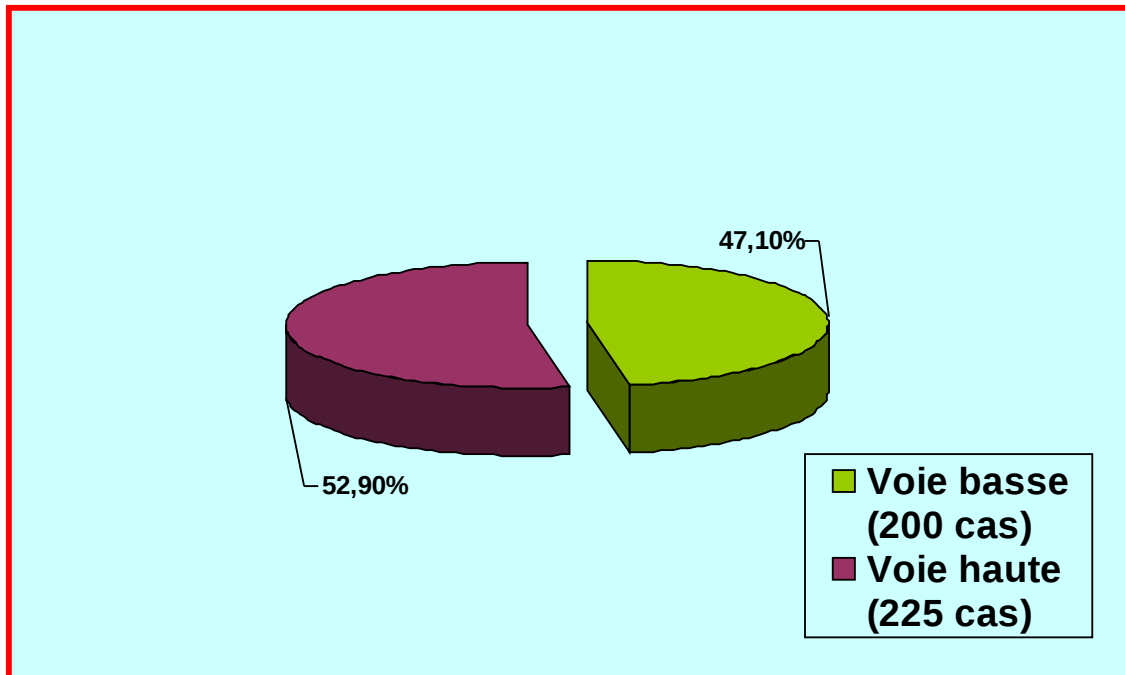
La Présentation céphalique a été la plus représentée avec 94,1% des cas.

**Tableau XXV : Etat du bassin clinique**

Etat du bassin clinique	Effectif	%
Normal	338	79,5
Généralement rétréci	30	7,1
Limite	53	12,5
Asymétrique	4	0,9
Total	425	100

Chez 79,55% des parturientes le bassin était normal.

**B-Mode d'accouchement :**



**Figure 17 : Voie d'accouchement**

La voie haute a été la plus indiquée, soit 52,9%

**1-Le groupe d'accouchement par la voie basse**

**a-Epreuve uterine**

## -Mode d'expulsion

**Tableau XXVI: Mode d'expulsion**

<b>Mode d'expulsion</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Par forceps	25	12,5
<b>Spontanée</b>	<b>175</b>	<b>87,5</b>
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Chez 87,5% des parturientes l'accouchement a été spontané.

**Tableau XXVII: Indications du Forceps**

<b>Indications du Forceps</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Manque d'efforts expulsifs</b>	<b>21</b>	<b>84</b>
SFA en fin de travail	4	16
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Le manque d'efforts expulsifs a été l'indication de forceps la plus fréquente avec 83,33%.

**Tableau XXVIII: Type d'expulsion**

<b>Type d'expulsion</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>OP</b>	<b>182</b>	<b>91</b>
OS	13	6,5
Siège	5	2,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

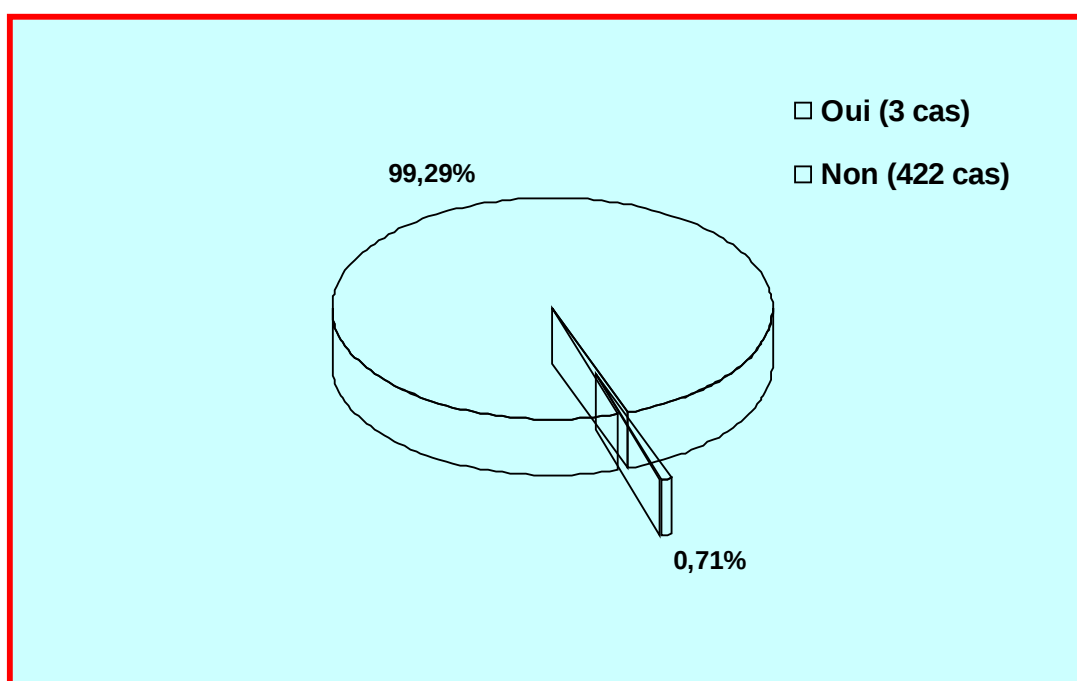
Le type d'expulsion le plus fréquent était celui d'OP ; soit 91%.

- Délivrance :

Tableau XXIX: Type de délivrance

Type de délivrance	Effectif	%
Active	197	98,5
Naturelle	3	1,5
Total	200	100

La délivrance a été active chez le plus grand nombre de parturiente ; soit 98,5%.





### Figure 18: Rétention placentaire

Nous avons eu 3 cas de rétentions placentaires ; soit 0,71%.

Tableau XXX : Etat de l'utérus après la délivrance

Etat de l'utérus après la délivrance	Effectif	%
Globe de sécurité bien formé	194	97
Utérus mou	6	3
Total	200	100

Le globe de sécurité était bien formé chez 97% des parturientes.

### - Révision utérine

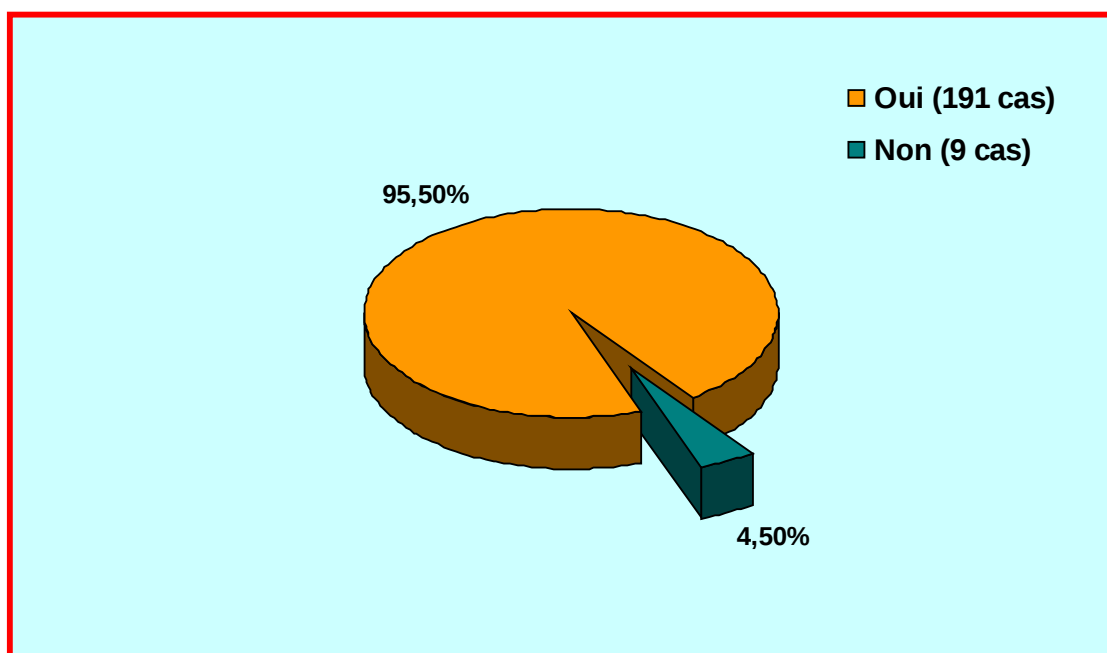


Figure 19: Révision utérine

La révision utérine systématique a été pratiquée dans 95,5% des cas.

**Tableau XXXI : Résultat de la révision utérine**

<b>Résultat de la révision utérine</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Utérus intact	190	99,48
<b>Rupture utérine</b>	<b>1</b>	<b>0,52</b>
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>100</b>

Après révision utérine, l'utérus était intact dans 190 cas. Nous avons cependant noté un cas de rupture utérine soit 0,52%.

**b-Etats fœto-maternels**

**- Etats fœtaux**

**. Issue de l'accouchement par la voie basse**

**Tableau XXXII : Issue de l'accouchement par la voie basse**

<b>Issue de l'accouchement par la voie basse</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Prématurité	5	2,5
<b>Terme</b>	<b>193</b>	<b>96,5</b>
Dépassement de terme	2	1
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Les nouveaux nés étaient à terme dans 96,5%.

### .Poids du nouveau né

**Tableau XXXIII: Poids du nouveau né**

<b>Poids du nouveau né</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Inférieur à 2500g	7	3,5
<b>Entre 2500g – 4000g</b>	<b>193</b>	<b>96,5</b>
Plus de 4000g	0	0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Chez 96,5% des nouveaux nés le poids de naissance était normal.

### .Score d’Apgar

**Tableau XXXIV: Apgar du nouveau né à la 1<sup>ère</sup> minute**

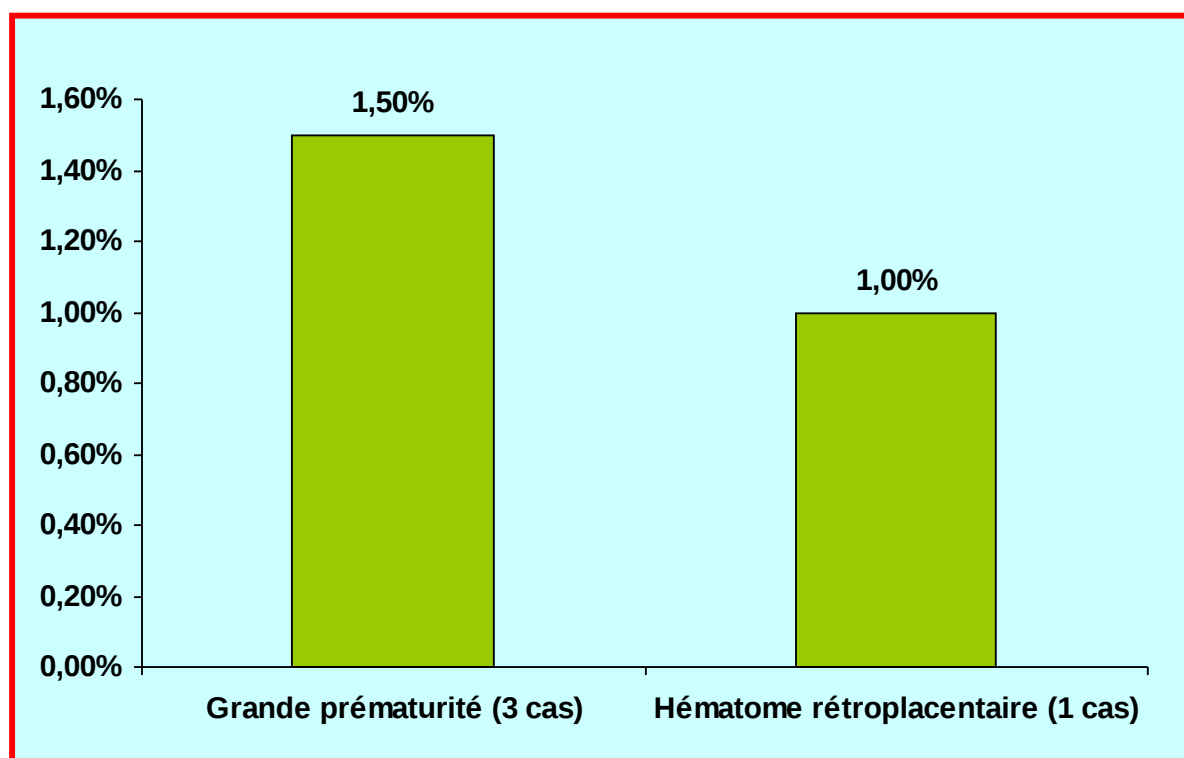
<b>Apgar du nouveau à la 1<sup>ère</sup> minute</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
0	3	1,5
1-3	2	1
4-7	24	12
<b>8-10</b>	<b>171</b>	<b>85,5</b>
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

85,5% des nouveaux nés avaient un bon Apgar à la naissance.

**Tableau XXXV: APGAR du nouveau né à la 5<sup>ème</sup> minutes**

APGAR du nouveau né à la 5 <sup>ème</sup> minutes	Effectif	%
0	4	2
1-3	0	0
4-7	11	5,5
<b>8-10</b>	<b>185</b>	<b>92,5</b>
Total	200	100

### .Mortalité néonatale



**Figure 20: Les Causes des décès néonataux**

La grande prématurité a été la principale cause de décès néonatale avec 1,5%

### - Etat maternel

### .Morbidité.

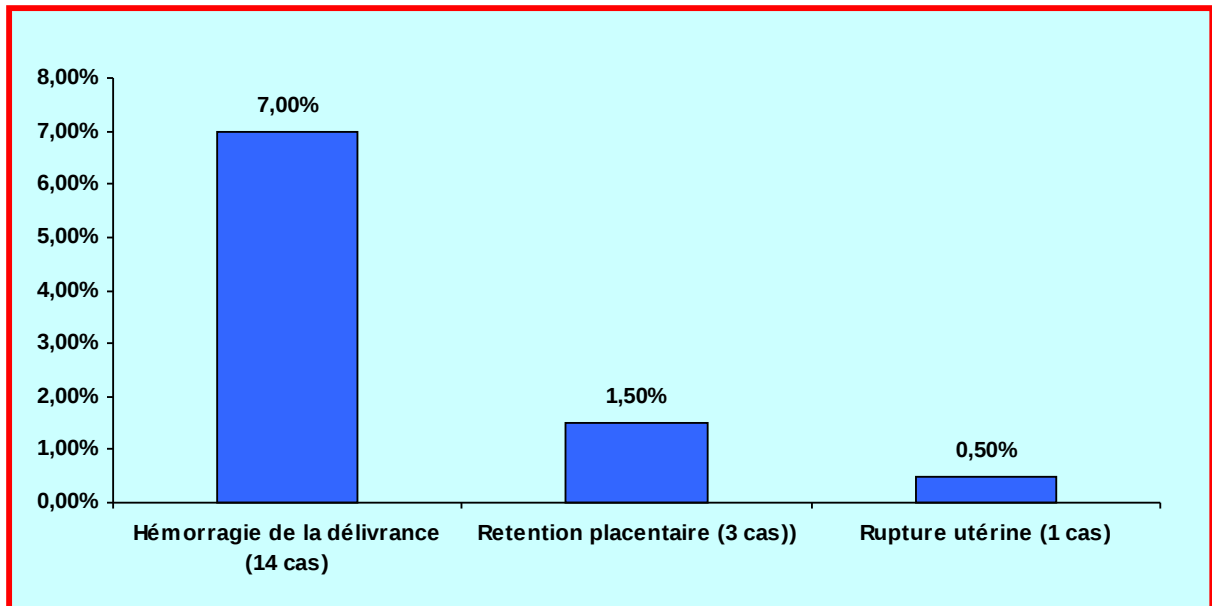
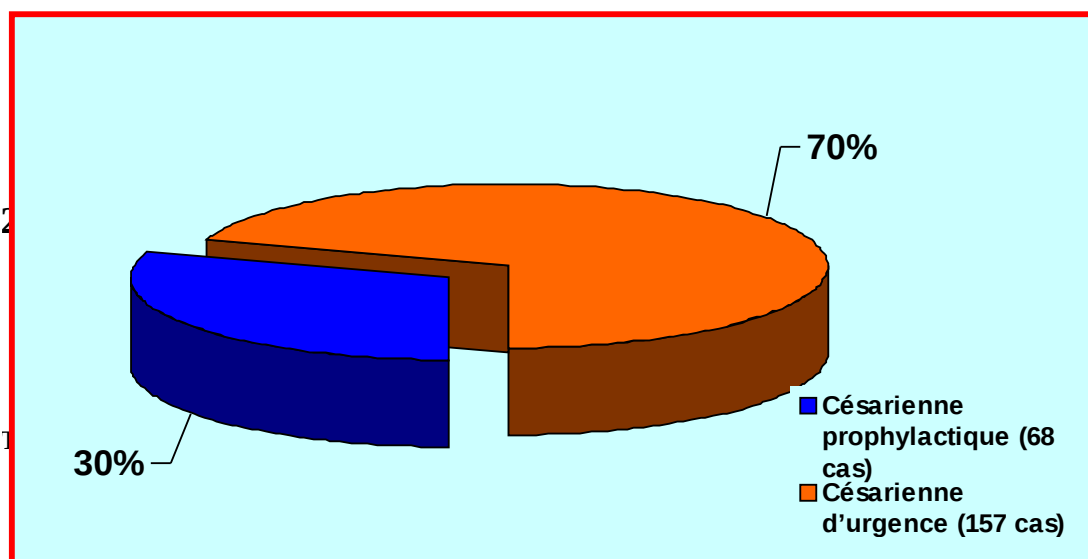


Figure 21 : Morbidité maternelle après la voie basse

#### .Mortalité

Aucun cas de décès maternel n'a été enregistré dans le groupe des accouchements par la voie basse.



**Figure 22: Type de césarienne**

70% des césariennes ont été faites en urgence.

**a- Les césariennes d'urgence**

**Tableau XXXVI: césariennes d'urgence**

<b>Indications</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
SFA	14	8,92
Rupture utérine	2	1,27
Hématome retro placentaire	2	1,27
Placenta praevia hémorragique	2	1,27
Suspicion de déhiscence	3	1,91
Procidence du cordon battant	1	0,64
BGR en travail	12	7,64
<b>Bassin limite en travail</b>	<b>38</b>	<b>24,20</b>
Présentation transverse en travail	2	1,27
Présentation du siège en travail	12	7,64
Intervalle intergénésiq<6 mois en travail	11	7,01
Utérus bicatriciel en travail	22	14,01
Utérus tricatriciel en travail	4	2,55
Grossesse gémellaire en travail	3	1,91
Macrosomie fœtale en travail	3	1,91
Dilatation stationnaire	23	14,65
Défaut d'engagement	3	1,91
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100</b>

Le Bassin limite en travail a été l'indication de césarienne d'urgence la plus représentée avec 24,20% des cas.

## **b- Les césariennes prophylactiques**

**Tableau XXXVII: Césarienne prophylactique**

<b>Indications</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>BGR</b>	<b>15</b>	<b>22,06</b>
Bassin limite	11	16,19
Présentation transverse	3	4,41
<b>Utérus bicatriciel</b>	<b>17</b>	<b>25</b>
Utérus tricatriciel	3	4,41
Intervalle intergénésiq<18 mois	5	7,35
Grossesse précieuse	4	5,88
HTA sévère	3	4,41

Dépassement de terme	4	5,88
Rupture prématuré des membranes >48 heures	2	2,94
ATCD de réfection périnéale	1	1,47
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Les utérus bicatriciels ont été les indications de césarienne prophylactique les plus représentées avec 25% des cas.

### c- Etats fœto-maternels

#### -Etat fœtal

#### .Issue de l'accouchement par la césarienne

**Tableau XXXVIII : Issue de l'accouchement par la césarienne**

<b>Issue de l'accouchement par la césarienne</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Prématurité	12	5,26
<b>Terme</b>	<b>212</b>	<b>92,98</b>
Dépassement de terme	4	1,76
<b>Total</b>	<b>228</b>	<b>100</b>

Les nouveaux nés accouchés par césarienne étaient à terme dans 92,98%.



## .Poids du nouveau né

**Tableau XXXIX: Poids du nouveau né**

<b>Poids du nouveau né</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Inférieur à 2500g	12	5,26
<b>Entre 2500g – 4000g</b>	<b>213</b>	<b>93,42</b>
Plus de 4000g	3	1,32
<b>Total</b>	<b>228</b>	<b>100</b>

93,42% des nouveaux nés par césarienne avaient un poids de naissance normal.

## .Score d’Apgar

**Tableau XXXX : APGAR du nouveau né à la 1<sup>ère</sup> minute**

<b>APGAR du nouveau né à la 1<sup>ère</sup> minute</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
0	1	0,44
1-3	3	1,32
4-7	35	15,35
<b>8-10</b>	<b>189</b>	<b>82,89</b>
<b>Total</b>	<b>228</b>	<b>100</b>

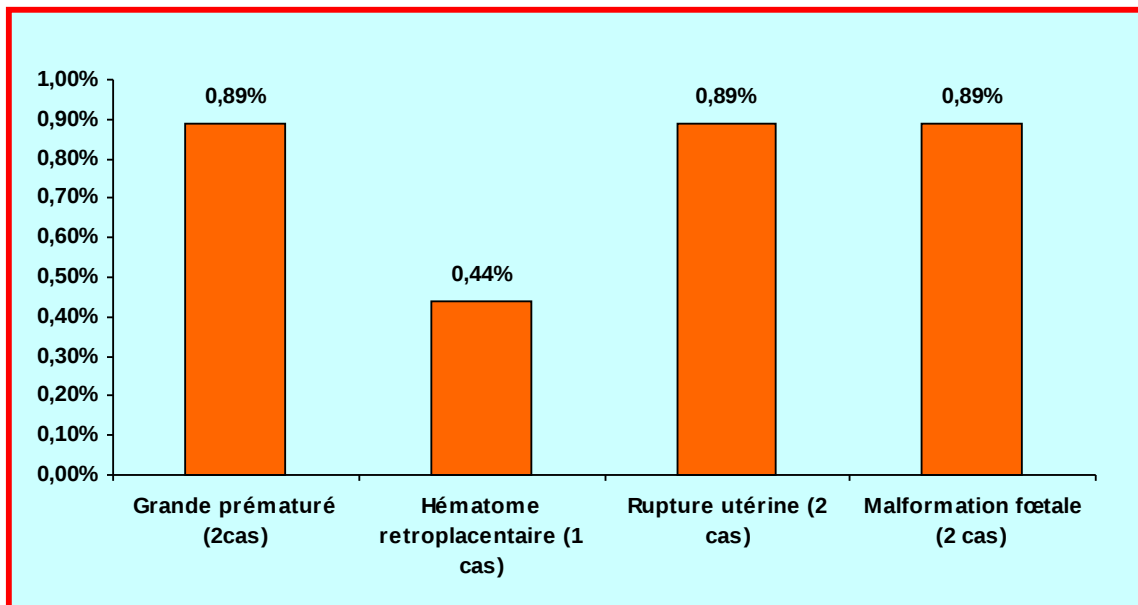
82,89% des nouveaux nés par césarienne ont eu un score d’Apgar entre 8-10.

**Tableau XXXXI: APGAR du nouveau né à la 5<sup>ème</sup> minutes**

<b>APGAR du nouveau né à la 5<sup>ème</sup> minutes</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
0	7	3,07
1-3	0	0
4-7	13	5,70

8-10	208	91,23
Total	228	100

### .Mortalité néonatale

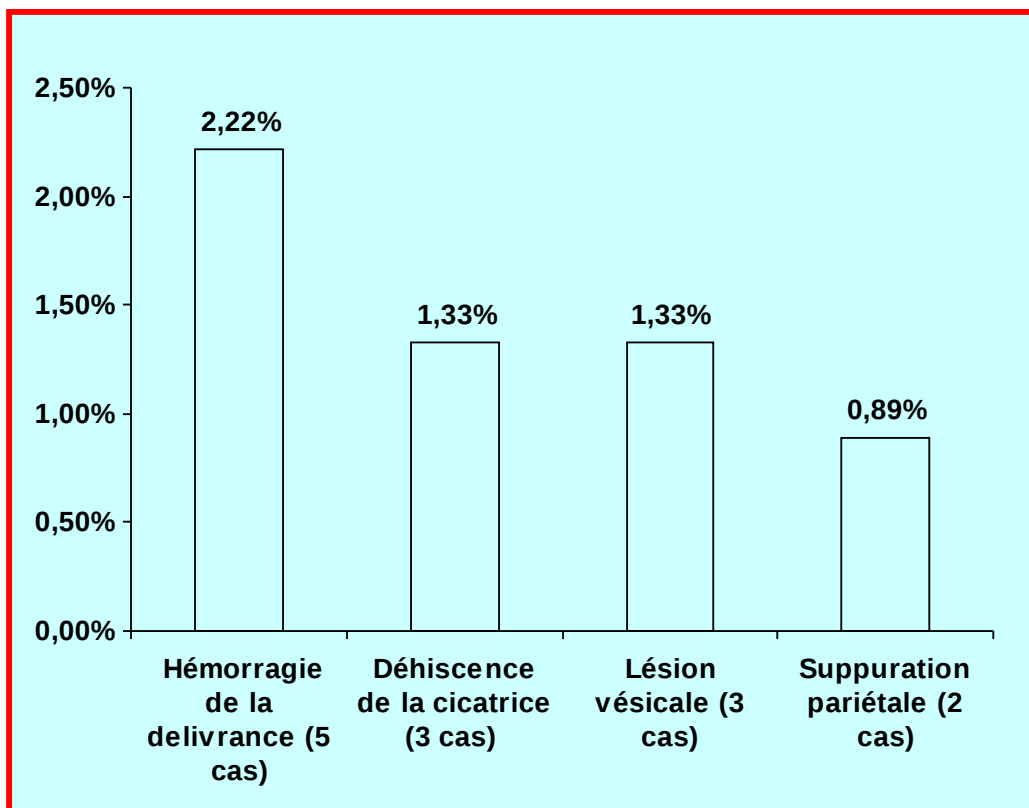


**Figure 23: Les Causes des décès néonataux**

La grande prématurité, la rupture uterine et la malformation fœtale ont été les principales causes de décès néonatale avec 0,89% chacune.

**- Etat maternel**

**. Morbidité**



**Figure 24 : Morbidité maternelle après la voie haute**

## .Mortalité

Aucun cas de décès maternel n'a été enregistré dans le groupe des accouchements par césarienne.

## VI- Analyse bivariée :

**Tableau XXXXII : Relation entre l'antécédent d'accouchement par la voie basse et la voie d'accouchement**

Antécédent d'accouchement par voie basse	Voie d'accouchement				Total	
	Voie basse		Césarienne		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	72	36	26	11,56	98	23,06
Non	128	64	199	88,44	327	76,94
<b>Total</b>	200	100	225	100	425	100

$\text{Khi}^2 = 11,488$  ;  $P = 0,01$

**Tableau XXXXVIII: Relation entre le nombre de cicatrice et la voie d'accouchement**

Nombre de cicatrices	Voie d'accouchement				Total	
	Voie basse		Césarienne		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%		
1	197	98,5	154	68,45	351	82,59

2	3	1,5	61	27,11	64	15,06
≥ 3	0	0	10	4,44	10	2,35
<b>Total</b>	200	100	225	100	425	100

**Khi<sup>2</sup> = 17,698 ; P = 0,01**

**Tableau XXXIV: Relation entre l'intervalle inter génésique et la voie d'accouchement**

Intervalle inter génésique	Voie d'accouchement				Total	
	Voie basse		Césarienne		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%		
< 2 ans	25	12,5	58	25,78	83	19,53
<b>Supérieur ou égal a 2 ans</b>	<b>175</b>	<b>87,5</b>	<b>167</b>	<b>74,22</b>	<b>342</b>	<b>80,47</b>
<b>Total</b>	200	100	225	100	425	100

**Khi<sup>2</sup> = 1,382 ; P = 0,501**

**Tableau XXXV: Relation entre le poids du nouveau né et la voie d'accouchement**

Poids du nouveau né	Voie d'accouchement				Total	
	Voie basse		Césarienne		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%		
Inférieur à 2500g	7	3,5	12	5,26	19	4,44
<b>2500 – 4000g</b>	<b>193</b>	<b>96,5</b>	<b>213</b>	<b>93,42</b>	<b>406</b>	<b>94,86</b>
Plus de 4000g	0	0	3	1,32	3	0,70

<b>Total</b>	200	100	228	100	428	100
--------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

**Khi<sup>2</sup> = 0,561 ; P = 0,755**

**Tableau XXXXVI: Relation entre le score d'APGAR à la première minute et la voie d'accouchement**

APGAR à la première minute	Voie d'accouchement				Total	
	Voie basse		Césarienne		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%		
0	3	1,5	1	0,44	4	0,93
1-3	2	1	3	1,32	5	1,17
4-7	24	12	35	15,35	59	13,79
<b>8- 10</b>	<b>171</b>	<b>85,5</b>	<b>189</b>	<b>82,89</b>	<b>360</b>	<b>84,11</b>
<b>Total</b>	200	100	228	100	428	100

**Khi<sup>2</sup> = 5,721 ; P = 0,17**

## COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### I. Fréquence des utérus cicatriciels

425 parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel sont venues accoucher à la maternité sur un total de 7107 accouchements effectués durant la même période ; soit une prévalence de 6%. Elle est bien concordante avec celles de la littérature qui varient entre 0,97% et 13,6%. Notre incidence d'utérus cicatriciel élevée s'explique par l'augmentation du taux de césarienne qui est de 17,88% pendant la période d'étude. L'opération césarienne, initialement considérée comme un geste de sauvetage ; est devenue une pratique de sécurité, dont les deux principales indications sont l'utérus cicatriciel et la dystocie [48].

Elle a certainement contribué à la réduction de la morbidité et de la mortalité materno-fœtale, cependant, même si le taux de la mortalité maternelle imputable à la césarienne est faible, il reste 2 à 4 fois supérieur à celui de l'accouchement par la voie basse. En plus, sur le plan économique, il ya un surcout de l'accouchement par césarienne par rapport à la voie basse [45].

Devant l'inflation du taux de césarienne l'organisation mondiale de la santé recommande un taux de césarienne à 15% pour promouvoir l'accouchement par la voie basse et surtout en cas d'utérus cicatriciel [33].

**Tableau XXXXVII : Fréquence relative des accouchements sur un utérus cicatriciel selon la littérature.**

<b>Auteur</b>	<b>Pays</b>	<b>Année</b>	<b>Taux (%)</b>
Picaud & Coll [58]	Gabon	1985-88	0,97
El Mansouri [34]	Maroc	1994	4,3
Baeta S.	Togo	1999	5,9
Cosson & coll [26]	France	1990	7,0
Benzineb & Coll [14]	Tunisie	1993	7,1
Myles [52]	USA	2003	13,6
Notre étude	Mali	2008	6

## **II- Facteurs influençant les modalités d'accouchements\_**

### **1-L'age :**

Certains auteurs constatent que l'âge et d'autres facteurs sociodémographiques ne peuvent être jugés comme facteurs de risques influençant le mode d'accouchement sur utérus cicatriciel [21, 66,70].

D'autres pensent que l'âge jeune des parturientes intervient positivement dans le succès de l'épreuve utérine [32, 44,68].

Nos extrêmes d'âges se situent entre 16 et 46 ans, comparables à ceux retrouvés par certains auteurs : A. HAMET [6] a obtenu 16 ans et 48 ans. Le jeune âge des parturientes s'explique par le mariage précoce qui expose les femmes aux grossesses sur bassins immatures (11cas dans notre étude) occasionnant ainsi des césariennes qui augmentent la fréquence des utérus cicatriciels.

### **2-parité**



De nombreux auteurs [34, 37, 38] pensent que la multiparité est un facteur de fragilisation de la cicatrice et par conséquent un facteur prédisposant à l'échec de l'épreuve utérine et notent que ce risque est majeur chez les grandes multipares.

Notre étude trouve que la multiparité associée aux antécédents d'accouchements par la voie basse favorise le succès de l'épreuve utérine 63,46%.

Nos parités extrêmes se situent entre 0 et 12, comparables à ceux de la littérature : HAMET [40] a trouvé 1 et 13 ; BENZINEB [14] a obtenu 2 et 12.

### **3-Antécédent d'accouchement par la voie basse**

Le plus grand nombre d'auteurs trouve que le fait d'avoir déjà accouché par la voie basse est un des facteurs prédictifs le plus fiable pour un nouvel accouchement par la voie basse [26, 32, 38, 41, 44, 48].

En fait un accouchement par la voie naturelle d'un fœtus de poids normal confirme la perméabilité du bassin et un accouchement par la voie basse sur utérus cicatriciel confirme la solidité de la cicatrice.

Dans notre étude les antécédents d'accouchements par la voie basse ont fait un succès de 73,47% d'épreuve utérine et aucun cas rupture utérine n'a été trouvé.

Pour  $P = 0,01$  la différence entre la voie d'accouchement et l'antécédent d'accouchement par la voie basse est statistiquement significative.

### **4- Nature de la cicatrice**

Deux types de cicatrices s'opposent par leur qualité, leur pronostic leur influence pour le mode d'accouchement ultérieur :

Les cicatrices corporéales et les cicatrices segmentaires.

Dans notre étude nous avons trouvé un antécédent de rupture utérine qui a été une contre-indication à l'épreuve utérine parce que les cicatrices étaient corporéales.

### **5-Nombre de cicatrice**

Nombreux sont les auteurs intéressés au taux de réussite de l'accouchement par la voie basse et le risque de rupture utérine chez les parturientes ayant plus d'une cicatrice utérine. Tous ont indiqué un taux de succès se situant entre 25% et 89% et de taux de rupture utérine se situant entre 0% et 3,7% [23, 19, 7].

BLANC [15] constate qu'on peut admettre l'épreuve utérine sur utérus cicatriciel mais dans certaines conditions :

- Grossesse mono-fœtale
- Présentation céphalique
- Absence de cicatrice corporéale
- Poids fœtal estimé <4000 g
- Placenta non praevia et à distance de la cicatrice
- Surveillance continue du rythme cardiaque fœtal, tocométrie interne, dès la rupture précoce de la poche des eaux.

L'ensemble des résultats et la revue de la littérature montrent qu'une épreuve utérine sur utérus bicicatriciel est une option raisonnable dans la mesure où les parturientes sont soigneusement sélectionnées et si les moyens techniques et du personnel permettent une prise en charge optimale du travail et les éventuelles complications.

Dans notre série, nous avons enregistré 15,6% d'utérus bi cicatriciels et 2,35% d'utérus tri cicatriciels. Ces résultats sont comparable à ceux retrouvés par certains auteurs : CISSÉ [25] a obtenu 12,7% d'utérus bi cicatriciels et 6% d'utérus tri cicatriciels ; HAMET [40] a trouver 17,3% d'utérus bi cicatriciels et 3% d'utérus tri cicatriciels.

Dans notre étude, nous n'avons enregistré aucune épreuve utérine sur utérus multicicatriciels.

Si d'une part 3 parturientes porteuses d'utérus bi cicatriciels, admises dans le service à la dilatation cervicale complète ont accouché par la voie basse sans aucune complication materno-fœtale ; d'autre part nous avons enregistré deux

cas de ruptures utérines diagnostiqués chez les utérus bicicatriciels dès l'admission.

Pour  $P = 0,01$  la différence entre la voie d'accouchement et le nombre de cicatrice est statistiquement significative.

### **6- Suites opératoires de la césarienne antérieure**

Plusieurs études montrent que l'endométrite du post-partum augment le risque de rupture utérine lors de grossesse ultérieure [63].

CHIPP [63] trouve que l'association d'une fièvre du post-partum et la rupture utérine est réelle.

ACCOG [4] note que les suites opératoires méconnues à elles seules ne doivent pas contre-indiquer la voie basse.

Dans notre série les suites opératoires étaient compliquées dans 3 cas ; soit 0,7%. Sa méconnaissance n'a pas contre-indiqué la voie basse et les résultats sont satisfaisants.

### **7- Délai intergénésiq**

De nombreux auteurs trouvent qu'un délai intergénésiq minimal de deux ans est recommandé mais n'est pas un critère suffisant pour contre-indiquer l'épreuve utérine.[13, 11, 43, 4].

Un court délai intergénésiq est non seulement associé à un risque de rupture utérine mais aussi un risque d'hypotrophie, d'accouchement prématuré, de rupture prématuré des membranes et de placenta accréta. [20].

ESPOSITO [36] trouve qu'un intervalle intergénésiq à six mois augmente le risque de rupture utérine.

CHIPP [64] rapporte qu'un intervalle intergénésiq inférieur à dix-huit mois augmente le risque de rupture utérine de trois fois.

D'après cette revue de la littérature le court délai intergénésiq ue augmente le risque de rupture utérine.

Dans notre étude 19,5% des parturientes avaient un délai intergénésiq ue inférieur à 2 ans, ce taux est supérieur à celui obtenu dans la série de Ouattara [53]. Il est inférieur à celui trouvé par Ba [10], qui est de 29,5%. Dans notre série le court délai intergénésiq ue a fait indiquer la césarienne dans 16 cas ; soit, 7,11% de l'ensemble des accouchements par césarienne.

Nous avons diagnostiqué un cas de rupture utérine à l'admission qui avait un délai intergénésiq ue de huit mois.

### **8- La consultation prénatale**

Dans notre étude, 380 parturientes avaient fait au moins une consultation prénatale, soit 89,4%. Ce taux est comparable à ceux des enquêtes socio-démographiques III et IV du Mali de 2001 et 2006 qui a passé de 58% à 70% [62]. 221 parturientes ont fait moins de quatre consultations prénatales, soit 52%. Ce taux inférieur à celui recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé s'explique par le niveau d'information des parturientes, qui est fonction des conditions socio-économiques. Les informations ont été fréquemment communiquées aux femmes instruites.

### **9- état du bassin**

La césarienne prophylactique doit être la seule voie d'accouchement pour les bassins chirurgicaux..

La confirmation de bassin rétréci se fait par la mensuration clinique et la radiopelvimétrie.

Dans notre étude 38,25% des indications de césariennes prophylactiques et 46,73% de cas de césarienne prophylactique en travail étaient pour le bassin rétréci.

### **10- présentation foétale**

L'attitude communément adoptée devant l'association d'un utérus cicatriciel et une autre présentation que céphalique bien fléchi e est la réalisation d'une césarienne itérative systématique [8, 25, 4, 70].

Cependant cette attitude n'est pas acceptée par certains auteurs qui rapportent que l'épreuve utérine dans une présentation du siège donne de bons résultats avec un faible taux de complications. [51, 55].

L'accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation du siège expose à un risque de rupture utérine lors des manœuvres d'extractions.

Dans notre étude les présentations irrégulières ont constitué une indication de césarienne. Mais nous avons assisté à 5 cas d'accouchements par la voie basse en présentation du siège, qui ont été admis dans le service à la dilatation complète, heureusement aucun cas de complication n'a été retrouvé.

### **11-Surdistention utérine**

Qu'elle que soit la cause (une grossesse gémellaire, une macrosomie fœtale), la Surdistention utérine a été une indication classique de césarienne prophylactique en présence d'un utérus cicatriciel [5, 6, 24, 31, 37].

Dans notre étude 3 cas de grossesses (gémellaires et macrosomes) ont accouché par césarienne.

### **12- La révision utérine**

La crainte d'une rupture utérine asymptomatique après l'accouchement par la voie basse a conduit à la révision utérine.

Le caractère systématique de la révision utérine est actuellement contesté du fait de son faible intérêt diagnostique du risque traumatique et infectieux [29].

Plusieurs auteurs concluent que la révision utérine ne doit pas être systématique mais réservée aux parturientes symptomatiques. [29, 65, 57].

Dans notre service, la révision utérine est systématique après accouchement sur un utérus cicatriciel et circonstancielle après accouchement sur un utérus indemne de toute cicatrice (hémorragie de la délivrance, placenta incomplet, etc...).

Dans notre étude cette attitude a été pratiquée chez 95,5% des parturientes et à confirmer 1 cas de rupture utérine qui était cliniquement évident.

**Tableau XXXXVIII : fréquence de rupture de la cicatrice utérine retrouvée après l'accouchement par la voie basse.[57]**

Auteurs	Année	N (% VB; % réussite)	Attitude	Rupture
Mellier G (France)	1986	358 (37%; 86%)	RUS	3 (0,8%)
Nielsen TF (Suède)	1989	929 (45,6%; 92,2%)	RUS	1 (0,1%)
Picaud A (Gabon)	1989	150 (63%; -)	RUS	6 (4%)
Chazotte C (USA)	1990	312 (43,9%; 73,3%)		1 (0,1%)
Farmer RM (USA)	1991	6021 (54,5%; 79,2%)	RUS	7 (0,1%)
De Sain-Hilaire (France)	1991	383 (38,4%; 86,6%)	RUS	1 (0,26%)
Burmucic R (Allemagne)	1992	125 (47,9%; 61,3%)	RUS	2 (1,6%)
Lurie S (Israel)	1992	960 (47,9%; -)	RUS	10 (1,04%)
Silberstein (Israel)	1998	3469 (-; -)	RUS	1 (0,03%)
Perrotin F (France)	1998	692 (36,5%; 81,3%)	RUS	3 (0,43%)
Notre étude	2008	200 (47,1; 95,5)	RUS	1 (0,52%)

### III- Modalités d'accouchements

L'accouchement sur utérus cicatriciel est la plus fréquente et la plus parfaite illustration des paradoxes et contradiction de l'obstétrique moderne ;en effet si d'une part l'amélioration des techniques chirurgicales et anesthésiques, les protocoles de surveillance actuelle ont rendu envisageable dans la plus part des cas un accouchement par les voies naturelles ;d'autre part le risque de rupture utérine, pour minime qu'il soit impose à l'obstétricien de délivrer à la patiente une information plus étoffée, et engendre une situation de choix délicate, du fait du contexte médico-légal présent [22].

#### 1-L'accouchement par la voie basse

Dans la littérature les résultats sont assez distincts :

L'épreuve utérine est autorisée dans 27,8% à 88,2% et sa réussite varie entre 45% et 92,5% [38].

Dans notre étude, elle a été autorisée chez 47,06% des parturientes avec un taux de réussite de 89,5%. 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.

Notre taux d'extraction instrumentale de 12,5% est inférieur aux 13,6% obtenu par PICAUD [58] et supérieur aux 4,6% de HAMET [40].

Notre taux important s'explique par la volonté de vite terminer l'accouchement afin d'améliorer le pronostic fœtal.

Dans les 9 cas de cicatrice de myomectomie de notre série, l'épreuve utérine a été couronnée de succès. Ceci pourrait rejoindre l'avis de la majorité des auteurs qui affirment la solidité des cicatrices gynécologiques [50].

## **2- L'accouchement par la voie haute**

Certains auteurs devant des paramètres qu'ils considèrent comme contre-indications formelles à la voie basse, indiquent la césarienne prophylactique : [9, 18, 25, 51, 67].

- Cicatrice multiple
- Cicatrice corporeale
- Rupture utérine
- Présentation irrégulière
- Délai intergénésiq ue inférieur à 1 an
- Surdistention utérine
- Placenta praevia
- Suites opératoires fébriles

D'autres au contraire ont tenté de prouver que certains de ces éléments ne contre-indiquent pas la voie basse [1, 2, 3, 4, 28, 55].

Dans notre service, l'accouchement sur un utérus cicatriciel reste beaucoup tributaire de la césarienne. En effet, 52,94% des patientes qui ont un utérus cicatriciel ont accouché par césarienne ; Ce taux relativement important s'explique par la prévalence élevée des indications de césarienne pour anomalie du bassin 75 cas, soit 33,33%.

Notre taux de césarienne itérative est de 30,22%, il est inférieur à celui de CISSÉ [25] au Sénégal qui a obtenu 45,5% ; TCHILOMBO [70] au Congo a trouvé 36,5%. Notre taux de césarienne prophylactique inférieur à ceux de la littérature peut s'expliquer par un défaut de programmation (le retard dans la référence des parturientes porteuses d'utérus cicatriciel au centre obstétrico-chirurgical avant 37 SA) car 61,14% des césarienne itératives sont faites en urgence.

**Tableau XXXXIX : Voie d'accouchement des utérus cicatriciels, revue de la littérature**

Auteur	Lieu	Année	Population d'étude	Utérus cicatriciels	
				voie basse	voie haute
Picaud [58]	Libreville	85-88	606	61 %	39 %
El Mansouri [34]	Casablanca	1994	150	49,7 %	50,3%
Benzineb [14]	Tunis	1993	363	39,1 %	70,2%
Diadhiou & Coll [30]	Dakar	00 , 01	288	27,1%	72,9%
Cosson & Coll[26]	Lille	90-93	641	35,7 %	64,3 %
Berger & Coll.	Rennes	1991	884	39,9 %	60,1%



[12]					
Notre étude	Bamako	2008	425	47,06 %	52,94 %

#### IV- Pronostic fœtal

##### 1- Morbidité :

Plusieurs auteurs constatent que l'épreuve utérine réussie entraîne moins de complication fœtale que la césarienne élective. Mais pour ces auteurs, il y'a plus de morbidité dans le groupe échec de la voie basse [29, 44, 54, 67].

- Si d'une part 26 nouveau-nés accouché par la voie basse, avaient un score d'Apgar de 1 à 7 à première minute, soit 13% dont :
    - ✓ 2 nouveaux nés en état de mort apparente
    - ✓ 24 nouveaux nés avaient un score d'Apgar morbide
  - 5 nouveaux nés étaient prématurés, soit 2,5%
  - D'autre part dans le groupe des accouchements par césarienne : 37 nouveau-nés avaient un score d'Apgar de 1 à 7 à premières minute, soit 16,23 dont :
    - ✓ 2 nouveaux nés en état de mort apparente
    - ✓ 35 nouveaux nés avaient un score d'Apgar morbide
  - 12 nouveaux nés étaient des prématurés, soit 5,26%
- 3 nouveaux nés soit 1,32% avaient un poids de naissance supérieur à 4000g, ce taux est inférieur à celui obtenu par CISSÉ [25] qui de 4,5%. Nous avons noté un cas de fracture du fémur par extraction podalique.

Le score d'Apgar à la première minute des nouveaux nés extraits par césarienne est plus bas que celui de ceux nés par la voie basse. Alors qu'à la 5<sup>ème</sup> minute, on ne note plus de différence. Cette dépression du score d'Apgar à la première minute peut être expliquée par l'influence de l'acte anesthésique, vue que les anesthésies loco-regionales se font rarement à la maternité du centre de santé de référence C 1.

##### 2- Mortalité

Les bruits du cœur fœtal n'ont pas été perçus chez 3 parturientes mais à l'accouchement les nouveaux nés étaient vivants, ceci s'explique par insuffisance de la clinique quant à l'appréciation du bruit du cœur fœtal. Nous avons trouvé 4 décès néonatales dans le groupe des accouchements par la voie basse contre 5 dans le groupe des accouchements par la voie haute. Les principales causes de ces décès sont : La grande prématurité, les malformations congénitales

## **V-Pronostic maternel**

### **1- Morbidité**

Les auteurs sont unanimes pour considérer l'échec de l'épreuve utérine comme le principal élément pourvoyeur de morbidité maternelle.

Dans notre série, la morbidité maternelle après accouchement par la voie basse est dominée par l'hémorragie de la délivrance 7% ; la rétention placentaire avec 1,50%. Dans ce groupe nous avons enregistré un cas de rupture utérine.

Par contre, dans le groupe des accouchements par césariennes nous avons recensé la prédominance de l'hémorragie de la délivrance 7 cas ; soit 2,22%.

### **2-Mortalité**

Nous n'avons trouvé aucun décès maternel dans notre étude.

## Conclusion

Notre étude a donné des résultats qui, comparés à ceux de la littérature nous permettent d'avancer certaines évidences :

- L'accouchement sur utérus cicatriciel est fréquent et le sera de plus en plus à cause de l'augmentation inéluctable des indications de césariennes.
- La connaissance des antécédents gynéco-obstétricaux des parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel est primordiale pour le choix du mode d'accouchement qui a été dominé par la césarienne, soit 52,94%. Cependant, 61,14% des césariennes itératives ont été faites en urgence par défaut de programmation (la parturiente doit être informée sur la nécessité d'une nouvelle césarienne avant tout début de travail d'accouchement ; Il faut sensibiliser le personnel soignant de la périphérie pour la cause). Certains facteurs ont été plus prédictifs de la décision de césarienne lors de l'accouchement quelque soit le type de cicatrice : Le bassin généralement

rétréci, le bassin limite, le syndrome de pré rupture, la dystocie dynamique, la rupture prématurée des membranes > 48 heures, les cicatrices multiples, la souffrance fœtale aigue.

- Notre taux d'épreuve utérine était de 47,06%, elle a réussi dans 89,5% et 75,86% des échecs étaient liés à la dystocie dynamique. L'échec de l'épreuve utérine est associé à un risque accru de morbidité et de mortalité materno-fœtale. Pour améliorer ce pronostic, il ne faut pas réduire la tentative d'accouchement par la voie basse ; mais opter pour une meilleure sélection des parturientes candidates à l'épreuve utérine.
- La révision utérine systématique pratiquée chez 95,5% des parturientes ayant accouché par la voie basse n'a pu détecter aucun cas de déhiscence, elle a pu seulement confirmer un cas de rupture utérine qui était cliniquement évident. La révision de la cicatrice utérine doit donc être réservée aux patientes symptomatiques afin d'affirmer le diagnostic (douleur sus-pubienne persistante au cours du travail ou après l'accouchement ; rétention placentaire ; saignement au cours du travail ; ou hémorragie de la délivrance), ou lorsqu'il existe un haut risque de rupture utérine (travail long ; efforts expulsifs prolongés ou extraction instrumentale).
- Dans le groupe d'accouchement par la voie basse : 21 nouveau-nés ont été adressés à la néonatalogie et 4 cas de décès néonataux précoces ont été enregistrés.
- Dans le groupe de l'accouchement par césarienne : 27 nouveau-nés ont été adressés à la néonatalogie et 7 cas de décès néonataux précoces ont été enregistrés.

## RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

### **Aux parturientes :**

- Faire un suivi prénatal correct tel que prescrit par l'organisation mondiale de la santé.
- N'est pas considéré comme banale les parturientes porteuses d'utérus cicatriciels.
- Aller accoucher dans un centre de santé muni d'un plateau chirurgical et cela en dehors de tout travail d'accouchement.

### **A la communauté**

- Adhérer aux politiques (projets et programmes) pour une maternité à moindre risque.
- Scolariser tous les enfants et en particulier les filles.

### **Au personnel sanitaire**

- Faire prendre conscience aux femmes par l'IEC qu'un utérus cicatriciel n'est plus un utérus normal
- Remplir consciencieusement et avec rigueur les dossiers obstétricaux et compte-rendu opératoires.
- Toujours évaluer la qualité de la cicatrice utérine lors de l'intervention et bien préciser les suites opératoires.
- Dire aux parturientes d'amener tout document utile pouvant améliorer la qualité de la prise en charge au centre de sant
- **Aux autorités du centre de santé de référence de la commune I**
- Faire fonctionner le laboratoire d'analyse médicale en permanence

**A la direction nationale de la santé :**

- Assurer la formation continue du personnel médical (Médecins, Sages-femmes, Infirmiers, Matrones)
- Renforcer le plateau technique du CSRef C I par la dotation en matériel de réanimation du nouveau né
- Renforcer l'équipe médicale du service de Gynéco-obstétrique par un néonatalogue.

## Références bibliographiques

- 1. Abbassi H; Aboufala H.A; El Karroumi M; Bouhya S; Bekkay M:**  
Accouchement des utérus cicatriciels: Peut-on élargir l'épreuve utérine.  
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod; 1998; 27: 423-9.
- 2. Abbassi H; Aboufala H.A; El Karroumi M; Bouhya S ; Bekkay M:**  
Epreuve du travail sur utérus cicatriciel: Etude prospective à propos de 130 cas.  
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod; 1998; 27: 806-10.
- 3. Aboufalahy A; Abbassi H; El Karroumi M; Himmi A; El Mansouri A:**  
Accouchement gémellaire sur utérus cicatriciel: Peut-on autoriser l'épreuve utérine ?  
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod;1999; 28: 820-4.
- 4. Accog Practice Bulletin:** Vaginal birth after previous caesarean delivery

Int. J. Gynecol. Obstet; 1999; 66; 197-204.

**5. Accog Committee Opinion:** Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery.

Int. J. Gynecol. Obstet; 2002, 77:303-4

**6. Adjahoto E.O; Ekoevid K; Hodonou Kas:** Facteurs prédictifs de l'issue d'une épreuve utérine en milieu sous-équipé.

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod; 2001 , 30: 174-9.

**7. Akura H; Myers A.S:** More than one previous caesarean delivery: A 5 years experience with 435 patients.

Obstet. Gynecol; 1995; 85 (6).924-9

**8. American College of Obstetricians and Gynaecologists:**

Mode of term single breech delivery: ACCOG committee opinion number 265  
Obstet. Gynecol; 2001; 98: 189-90

**9. Avery M.D; Carr C.A; Burkhardt P:** Vaginal birth after cesarean section.

J. Midwifery women's health; 2004, 49 (1): 68-75.

**10. Ba A. :** Thèse de Médecine\_ grossesse et accouchement sur utérus cicatriciel (à Propos d'une étude cas témoin) Bamako Mali : 03\_ M72

**11. Berger D. Richard H. Grall J et Al :** Utérus cicatriciel.Résultat et sélection des partientes à l'accouchement par la voie basse. A propos de 884 dossiers  
Gynécol. Obstet. Biol. Reprod. 1991 ; 20 : 116\_ 22.

**12. Berger D; Richard H; Grall J et Al :** Utérus cicatriciel. Résultats et sélection des patientes à l'accouchement voie basse. A propos de 884 dossiers. J  
Gynecol Obstet Biol Reprod 1991;20: 116-22.

**13. Bensaid F; El Barnoussi L; Moussaoui D; Filali A; Bezar R; et Al :** Les ruptures utérines sur utérus cicatriciel :A propos de 4 observations  
J. Obstet. Gynecol, 1996 ; 4 (1) :9-13.

**14. Benzineb N, Bellasfar B, Bouguerra B, Amri M T, Sfar R :**



Accouchement par voie basse après césarienne. A propos de 173 épreuves utérine. Rev Fr Gynecol Obstét 1998; 93, 4: 282-284.

**15. Blanc B :** Accouchement par la voie basse et utérus cicatriciel.

j. Gynecol. Obstet. Biol.Reprod ; 1998 ; 24 :183-6

**16. Boisselier.ph ;Maghioracos. p ;Marpeau et Al.** évolution dans les indications de césariennes de 1977 à 1983.À propos de 18605 accouchements.J.Gynécol.obstet.biol.reprod.1987,16 :251-60.

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

**18. Boussefiane M; Ajadat K; Bjijou Y ; Belghit L ; Yousfi M ; Bargach S et Al:** Accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel.

j. Prat ; 2004, XIV (3).

**19. Bretelle F; Cravello L; Shojai R; Roger V; D’Ercole C; Blanc B :**

Vaginal birth following two previous caesarean section.

Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.2001; 94; 23-6.

**20. Bujold E ; Mehta S.H ; Bujold C ; Gauthire R.J :** Interdelivery internal and rupture utérine

Am. J. Obstet. Gynecol, 2002, 187:1199-1202.

**21 .Burke A.E; Lee S; Sehdev H.M; Ludmir J:**Uterine rupture during a failed trial of labor: are there any identifiable risk factors in labor management?

Obstet. Gynecol ; 2001 ; 24(2) (suppl) ; 425.

**22. Cassignol. C ; Rudigoz.RC :** Grossesse et utérus cicatriciel \_ Traité d’obstétrique : 5\_ 016\_ D\_ 20 ;2003 ;15p.

**23. Caughey A.B; Shipp T.D; Repk JT; Zelop C; Cohen A; Lieberman E:** Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior caesarean deliveries

Am. J. Obstet. Gynecol;1999;181: 872-6.

**24. Chibani M; Basly M; Messaoudi L; Abdelkrim B; Menaoudi F:** Epreuve utérine et étude analytique de 111 observations.

J. obstet. Gynecol, 1996, 4 (6): 375-77.

**25. Cissé T.C; Ewagnignon E; Terlobe I; Dialhiou F:** Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod; 1999; 28: 556-2.

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

Pronostic obstétrical des utérus cicatriciels. A propos de 641 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1995;24:434-9.

**27. Cragin E.** conservation. N Y Med J 1916 ; CIV : 1-5.

**28. D'Ercole C; Bretille F; Piechon L; Cravello L ; Roger V ; Boubli et Al :**

Utérus cicatriciel : La place de l'épreuve utérine

J. Gynecol. Obstet. Boil. Reprod; 1998; 27: 421-4.

**29. D'Ercole C; Bretille F; Piechon L; Shojai R; Boubli L :** La césarienne a-t-elle une indication en cas d'utérus cicatriciel ?

j. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod, 2000 ;29 (s2) : 51-67.

**30. Diadhiou M.T :** L'accouchement sur utérus cicatriciel : résultats préliminaires à propos de 288 cas. Congrès de la SAGO.

**31. Dimaio H ; Edwards RK ; Elullano Y ; Trelaor R ; Cruz A.C:**

Vaginal birth after caesarean delivery: An historic cohort cost analysis.

Am. J. Obstet. Gynecol; 2002, 1 (186), n 5.

**32 .D'Orsi E ; Chor D ; Giffin K ; Barbosa G ; Angulotuesta AJ :**

Factors associated with vaginal birth after caesarean in a maternity hospital of Rio de Janeiro

Eur. J. Obstet Gynecol. 2001 ; 97 :152-7.

**33 .Dumont A; Debernis L; Bouvie-Coll M.H; Breart G:**

Estimation du taux attendu de césariennes pour indications maternelles dans une population de femmes enceintes d'Afrique de l'ouest.

J. gynecol. Obstet. Biol. Reprod ; 2002 ; 31 :100-12.

**34. El Mansouri A :** Accouchements sur utérus cicatriciel. A propos de 150 cas. Rev Fr Gynécol Obstét, 1994 ; 89,12:606-12.

**35. Emmanuel .A:** uterus cicatriciel. [http:// alcciago.free.fr](http://alcciago.free.fr).

**36. Esposito M.A; Menihanc A; Malee M.P:** Association of interpregnang interval with uterine scar failure in labor:A case control study. Am. J. Obstet. Gynecol, 2000,183 (5).

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

**38. Greene M.F:** Vaginal birth cesarean revisited N. Eng. J. Med. 2004 ; 325 (25) : 2647-9.

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

**40. Hamet . Tidjani A ; Gallais A. ; Garba M. :** L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger :à propos de 50 cas. Médecine d'Afrique Noire : Février 2001 ; Tome 48(2) : 63\_ 6.

**41. Herlicoviez .M ; Von Theobald P ; Barjot P ; Marie G ; Uzan M :** Conduite à tenir devant un utérus cicatriciel. Rev. Fr. Gynecol. Obstet ; 1992 ; 87 (4) : 209-18.

**42. Kamina p :** Dictionnaire d'anatomie: atlas/Pierre kamina-paris :Maloine S.A.19838 ; Anatomie Gyneco-Obstetrique ; pierre kamina-paris :MALOINE ;1984.

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

**44. Landon B.M; Hauth J.C; Leveno K.J; Spong C.Y; Leindecker S :** Maternal and perinatal out comes associated with a trial of labor after prior caesarean delivery

N. Eng. J. Med; 2004;351 (25): 258-9.

**45 .Langer .B ; Schlaeder .G:** Que pense du taux de césarienne en France ?

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod, 1998; 27 (1):62.

**46. Lansac J; Berger C;Magnin G :** Obstétrique pour le praticien 4<sup>eme</sup> édition 1994 SIMEP .12 Rue de l'éperon 75008 Paris.

**47. Lansac .J,Body.G.**pratique de l'accouchement.2<sup>eme</sup> édition 1992.SIMEP12 RUE de l'é'peron75006 Paris.

**48. Lehmann .M; Hedelin .G; Sorgue .C; Gollner .G.L; Grall .C;**

**Chami .A et Al :** Facteurs prédictifs de la voie d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel.

J. Gynecol. Obstet. Biol.Reprod ; 1999 ;28 ; 358-68.

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

**50. Merger R ; Levy J ; MELCHIOR J:**Précis d'obstétrique;6<sup>e</sup> édition;Masson Paris, 1995 ; 1 : 39-47.

**51. Mizunoya F; Nakata M; Kondo T:** Management of vaginal birth after cesarean.

j. Obstet. Gynecol. Res; 2002;28 (5): 240-4.

**52 .Myles.T.D:**Vaginal birth after cesarean delivery out comes in 116 women with two or more prior cesarean deliveries.

Obstet Gynecol; 2002,101 (4) suppl: 9 s.

**53. Ouattara. A .**Thèse de medecine-Accouchement sur uterus cicatriciel (à propos 570 cas) Bamako-Mali : o4-M101.

**54. O'Brien-Abel N:** Uterine rupture during VBAC trial of labor : Risk factors and fetal response

J. Midwifery. Women's health; 2003, 48 (3); 248-57.

**55. Outifa M; Nejjar H; Tazi Z; El Amreni N; Belghiti L; Saadi N et Al:**

Accouchement du siège sur utérus cicatriciel.

Mar. Méd 1999 ; 21 (3) : 200-02.

**56. Papiernick E ; Cabrol D ; Pons J-C. :** Obstétrique (Médecine Science)

Flammarion ; chapitre 92 : 1191\_ 1204.

**57. Perrotin F. ;Marret H. ;Fignon A. ; Body G. ; Lansac :**Utérus cicatriciel:

la revision uterine systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement par voie vaginale est\_ elle toujours utile .Journal Gynécol.

Obstét.Biol ,1999 :28 :253\_62.

**58. Picaud A, Nlome-Nze Ar, Ogowet N, Engogah T, Ella-Ekogha R:**

Delivery in the scarred uterus. A propos of 606 cases in 62193 deliveries. Rev Fr Gynecol Obstet 1990 Jun;85 (6):387-92.

59. **Precis De Techniques chirurgicales En gynécologie par Denis**

**Querlen.**édition Masson..

**60. Rozenberg P ; Lewin D ; Philippe HJ :** Valeur prédictive de l'examen

échographique du segment inférieur en cas. d'utérus cicatriciel .Rech gynécol.

1990 ; 2 : 136\_ 40.

**61. Ruiz\_ Vetasco V ; Rosas Arceo J.** Appréciation de la cicatrice de

césarienne.Rev. Fr Gynécol ; 1971 ; 66 : 83\_ 93.

**62. Samaké S; Traoré S.M; Ba S; Dembelé E; Diop M; Mariko S; Libité**

**P.R:** Enquête démographique de santé du Mali 2006; Chapitre 8: 109-12

**63. Shipp T.D; Zelop C ; Cohen A ; Repke J.T; Lieberman E:** Post caesarean

delivery fever and uterine rupture in a subsequent trial of labor.

Obstet. Gynecol, 2003; 101 (1):136-9.

**64. Shipp T.D; Zelop C; Cohen A; Repke J.T; Lieberman E:** Interdelivery

interval and risk of symptomatic uterine rupture

Obstet. Gynecol,2001, 97 (2): 175-7.

**65. Silberstein T ; Wiznitzer A ; Katz M ; Friger M ; Mazor M:**

Routine revision of uterine scar after caesarean section: Has it ever been necessary?

Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol, 1998; 78: 29-32.

**66 .Singh T; Justin C.W; Haloob R.K:** An auditon trends of vaginal delivery after one previous caesarean section.

J. Obstet. Gynecol; 2004; 24 (2) ; 135-8.

**67. Smith G.C.S; White I.R; Pell J.P; Dobie R:** Predicting cesarean section and uterine rupture among attempting vaginal birth after prior caesarean section  
Plos. Med , 2005, 2 (9).

**68. Socol M.L; Peaceman A.M:** Vaginal birth after caesarean. An appraisal of fetal risk.

Obstet. Gynecol. 1999 ; 93 (5) : 74-9.

**69. Thoulon JM:** Les gestes interdit sur utérus cicatriciel gravide.

Rév. Fr Gynéco\_ Obstét.1981 ; 76 ; 135\_ 39.

**70 .Tshilombo K.M ; Mputul ; Nguma L ; Wolomby M ; Tozin R ; Yanga K :** Accouchement chez la gestante Zaïroise antérieurement césarisée anlyse de 145 cas.

**71 .Vendittelli F ; Tabaste JL ; Labarchede C :** Rupture utérine sur utérus antérieurement césarisé

Revue de la littérature à propos de deux cas.

Rev.Fr. Gynecol obstet (19930; 88 (5) : 333-41.

**72. Wecksleir LN. Masserman SH; Garite T J: Placenta accreat :** a problem of increasing clinical significance.obstet Gynecol. 1986; 69: 480\_ 2.

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

## Fiche d'enquête

### I Identification :

Q 1 : Age :.....ans

Q 2 : Ethnie :.....

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

Q 3 : Statut matrimonial .....

1. Mariée    2. Célibataire

Q 4 : Profession de la patiente : .....

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

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

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

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

**II- Antécédents de la patiente :**

**Antécédents gynécologiques :**

Q 7 : Cycle (0-1) .....

0= Régulier 1= irrégulier

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

0= Oui 1= Non

Q 9 : Métrorragie (0-1) .....

0= Oui 1= Non

Q 10 : Dysménorrhée (0-1) .....

0= Oui 1= Non

Q 11 : Contraception (0-1) .....

0= Oui 1= Non

**Antécédents obstétricaux :**

Q 12 : Gestité (0-3) .....

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

Q 13 : Parité (0-4) .....

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

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

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

Q 15 : Nombre d'enfants décédés (0-3) .....

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

Q 16 : Nombre de morts nés (0-3) .....

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

Q 17 : Intervalle inter génésique (0-2) .....

0 = Moins de 2 ans 2 = 2ans 3 = Plus de 2ans.

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

0 = Spontané 1 = Provoqué 2 = Aucun.



Q 19 : Dernier accouchement (0-2)

0 = Eutocique      1 = Dystocique      2 = Si 1 préciser .....

**Antécédents médico-chirurgicaux :**

Q 20 ATCD médicaux.....

Q 21 : Myomectomie (0-1) .....

0 = Oui      1 = Non

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

0 = Oui      1 = Non

Q 23 : Cure de prolapsus .....

0 = Oui      1 = Non

Q 24: Césarienne (0-1) .....

0 = Oui      1 = Non

Q 25 : Nombre de césarienne (0-3) .....

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

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

0 = Oui      1 = Non.

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

0 = Souffrance fœtale aiguë      1 = Gros fœtus

2 = Présentation dystocique    3 = Procidence du cordon    4 = Placenta praevia

hémorragique    5 = Hématome rétro placentaire    6 = Dystocie cervicale    7 =

Syndrome de pré-rupture    8 = Autre .....

Q 28 : Type d'hystérotomie (0-2) .....

0 = Segmentaire transversale    1 = Longitudinale segmento-corporéale

2 = Corporéale.

Q 29 : Suies post césarienne (0-2) .....

0 = Simples      1 = Compliquées      2 = Si 1 préciser .....

**III Mode d'admission :**

Q 30 : Venue d'elle-même (0-1) .....

0 = Oui      1 = Non

Q 31 : Référée (0-1) .....

0 = Oui      1 = Non

Q 32 : Evacuée (0-1) .....

0 = Oui      1 = Non

Q 33 : Lieu de référence (0-4) .....

0 = CSCOM    1 = CSREF      2 = Hôpital      3 = Autre

Q 34 : Motif de référence (0-4) .....

0 = Hémorragie    1 = Non engagement de la dilatation

2 = Souffrance fœtale aiguë    3 = Dilatation stationnaire    4 = Autre

Q 35 : Moyens référence (0-3) .....

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

Q 36 : Support de référence (0-2) .....

0 = Partogramme    1 = Fiche de référence    2 = Autre .....

Q 37 : Qualité de l'agent (0-3) .....

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

**IV- Examen clinique à l'admission :**

Q 38: Taille de la patiente (0-2) .....

0 = Inférieur à 150cm    1 = T = 150cm    2 = Supérieur à 150cm

Q 39 : Température maternelle (0-3) .....

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

Q 40 : Consultation prénatale (0-1) .....

0 = Oui    1 = Non

Q 41 : Lieu de CPN (0-2) .....

0 = CSCom    1 = CSRef    2 = Autre .....

Q 42 : Nombre de CPN (0-2) .....

0 = 0    1 = (1 à 3)    2 = (4 ou plus)

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

0 = 1<sup>er</sup> trimestre 1 = 2<sup>ième</sup> trimestre 2 = 3<sup>ième</sup> trimestre

Q 44 : Qualification agent CPN (0-3) .....

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

Q 45 : Conjonctives (0-2) .....

0 = Bien colorées 1 = Moyennement colorées 2 = Pâles

Q 46 : Hauteur utérine (0-2) .....

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

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

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

Q 48 : La fréquence des BDCF (0-3) .....

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

3 = Supérieur à 160bat/min

Q 49 : Contractions utérines (0-2) .....

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

Q 50 : Poche des eaux (0-1) .....

0 = Intacte 1 = Rompue

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

0 = RPM 1 = RSM 2 = RAM

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

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

Q 53 : Type de présentation (0-2) .....

0 = Céphalique 1 = Siège 2 = Transversal

Q 54 : Hémorragie (0-1) .....

0 = Oui 1 = Non

Q 55 : Dilatation du col (0-1) .....

0 = Phase de latence 1 = Phase active

Q 56 : Bassin (0-3) .....

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

**V Voie d'accouchement :**

Q 57 : Césarienne (0-1) .....

0 = D'emblée 1 = Après épreuve utérine

Q 58 : Indication de la césarienne (Préciser .....)

Q 59 : Etat utérus à la laparotomie (Préciser .....)

Q 60 : Voie basse (0-1) .....

0 = Oui 1 = Non

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

0 = OP 1 = OS 2 = Autre à préciser

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

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

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

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

**VI- La délivrance**

Q 64 : Type de délivrance (0-3).....

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

Q65: Rétention placentaire (0-1).....

0 = Oui 1 = Non

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

0 = Globe de sécurité bien formé 1 = utérus mou

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

0 = Oui 1 = Non

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

0 = Faite 1 = Non faite

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

0 = utérus intact      1 = rupture utérine

**VII- Etat de la mère après l'accouchement**

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

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

Q71 : Décédé (0-2) .....

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

**VIII- Etat du nouveau né**

Q 72 : Vivant (0-2) .....

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

Q 73 : Poids (0-2) .....

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

Q 74 : La taille (0-1) .....

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

Q 75 : Apgar (0-1) .....

0 = Inférieur à 7 à la 1<sup>ère</sup> min                      1 = Entre 7-10 à la 1<sup>ère</sup> min

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

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

### **FICHE SIGNALITIQUE**

**Nom :** Diarra

**Prénom :** Salif

**Titre de la thèse :** Etude de l'accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Année Universitaire :** 2008-2009

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays :** République du Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali.

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie-Obstétrique.

**Résumé :** Une étude rétrospective descriptive de 425 observations d'accouchements sur utérus cicatriciel à la maternité du centre de santé de

référence de la commune I du district de Bamako sur une période de 2 ans, entre 1<sup>er</sup> Janvier 2006 et 31 Décembre 2007, nous a permis d'évaluer la conduite à tenir face à un utérus cicatriciel.

- L'épreuve utérine a été indiquée chez 200 parturientes ; soit 47,06% avec un taux de succès de 89,5% ; soit 179 cas.
- La césarienne a été nécessaire dans 52, 94% des cas ; parmi les 175 parturientes qui devraient bénéficier d'une césarienne itérative programmée, seules 68 ont bénéficié d'une césarienne prophylactique.
- 3 cas de rupture utérine et 3 cas de déhiscences de la cicatrice utérine ont été enregistrés. La morbidité était plus élevée chez les parturientes admises en travail, en cas d'échec de l'épreuve utérine que dans le groupe des césariennes programmées et l'accouchement par la voie basse.
- Aucun décès maternel n'a été enregistré.
- Nous avons enregistré 11 décès néonataux dont 2 décès à la suite de ruptures utérines.

Mots clés : L'accouchement, utérus cicatriciel, mode d'accouchements, pronostic materno-fœtal.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

**Je le Jure !**