

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

REPUBLIQUE DU MALI

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Un Peuple - Un But - Une Foi

-----=0=-----



Année Universitaire 2011- 2012



# Thèse

**ACCOUCHEMENTS SUR UTERUS CICATRICIEL AU  
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA  
COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO EN 2009.**

*Présentée et soutenue publiquement le 05./11./2012 À 12.Heure devant la  
faculté de Médecine et d'Odonto - Stomatologie du Mali*

***Par Monsieur Boubacar DIARRA***

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

## Jury :

**Président: Pr Salif DIAKITE**

**Membre Dr Broulaye TRAORE**

**Co-directeur Dr Boubacar TRAORE**

**DIRECTEUR DE THESE: Dr Moustapha TOURE**

## **DEDICACES**

Je dédie ce modeste travail :

### **A Dieu**

Le Tout Puissant, de m'avoir donné la santé et le courage de venir à bout de ce travail. Que sa bénédiction et sa protection soient sur nous tous. Amen !

Seigneur, je te rends grâce de m'avoir donné la faculté d'accomplir ce travail.

### **A mon père :**

#### **Abdoulaye Diarra,**

Cher père, tu as conduit nos premiers pas à l'école, tu as toujours été soucieux de l'avenir de la famille, ton soutien moral et matériel ne nous ont jamais fait défaut. Que Dieu te garde longtemps auprès de nous et t'accorde une bonne santé.

### **A ma mère :**

#### **Feue Christiane Fabiani,**

Chère mère, éducatrice exemplaire, tu ne t'es jamais fatiguée à accepter et aimer les autres avec leurs différences ; tu as cultivé en nous les vertus de la tolérance et de l'amour du prochain sur un fond de tendresse et d'affectivité.

Trouve ici chère mère en paix l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre amour indéfectible. Dors en paix Maman

## **REMERCIEMENTS**

**A mon grand père :**

**Mamadou Kaou DIARRA**, aussi modeste qu'il soit, ce travail fut couronné par de longues années de labeur, tout cela grâce à votre dévouement et votre courage pour le travail bien fait ; dormez en paix grand père.

**A mes grandes mères :**

**Mariam Sangaré, Astan Coulibaly, Awa Koné.**

**A mes tontons :**

**Sékou , Mohamed , Mahamoud, Dramane , Boubacar, Koke ,Yaya et tous les autres.**

Nous vous disons merci pour votre affection, votre disponibilité, recevez ici notre profonde reconnaissance.

**A mes tantes :**

**Ami, Diatou, Djeina, Aya, Kadiatou, Aminata sans oublier les autres**

**A mes cousins et cousines**

Nous ne citerions pas de nom au risque d'en oublier, nous vous disons simplement merci pour votre affection.

**A mes frères et sœurs :**

Votre soutien ne nous a jamais fait défaut.

Que nos liens fraternels se resserrent davantage !

**A mes oncles et Nièces :**

Je ne peux que vous souhaitez une longue vie et surtout pleine de santé.

**A mes Amis:**

**Sékou, Kiffery, Sidiya, Namakan, Seyba, Oumar;**

A chacun de vous je souhaite le meilleur. Merci pour votre soutien inconditionnel.

**Au personnel et tous les faisant fonction d'interne du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.**

C'est le moment de vous dire merci pour votre collaboration sereine et votre bon esprit d'équipe.

**Aux autres amis et camarades en thèse ou déjà Docteurs**

Nous ne citerons pas de nom au risque d'en oublier, nous vous disons simplement merci pour votre collaboration sereine et votre bon esprit.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Dr. TOURE Moustapha**

**Diplômé de gynécologie et obstétrique ;**

**Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest ;**

**Titulaire d'un certificat du cours européen d'épidémiologie Tropicale de Bale en Suisse ;**

**Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en Allemagne ;**

**Titulaire du Master en recherche sur le système de santé de l'université libre de Bruxelles ;**

**Praticien hospitalier à l'hôpital du MALI ;**

**Maître assistant de gynécologie et d'obstétrique à la FMOS ;**

**Chevalier de l'ordre national du Mali.**

**Cher Maître,**

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Votre grand amour pour la gynéco-obstétrique et la qualité de votre enseignement nous ont marqués et séduits. Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves. Si ce travail est une réussite, il le doit à votre compétence et à votre savoir faire. Soyez assuré, Cher Maître de notre profonde reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET JURY**

**Dr. Boubacar TRAORE**

**Gynécologue obstétricien ;**

**Médecin chef du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.**

**Cher Maitre,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Au cours de cette étude nous avons pu apprécier votre simplicité et surtout votre rigueur dans le travail de tous les jours. Votre caractère social fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute des autres.

Ce travail est le vôtre, recevez ici l'expression de notre reconnaissance éternelle.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Dr. Broulaye TRAORE**

**Chef de service de pédiatrie générale à l'hôpital Gabriel Touré ;  
Président de l'association Malienne de lutte contre les déficiences mentales  
chez l'enfant(AMALDEME) ;  
Chargé de cours à l'institut de formation en science de la santé (INFSS) de  
Bamako.**

**Cher Maitre,**

En acceptant d'apprécier ce modeste travail, vous contribuez à son amélioration.

Nous avons été marqués par votre accueil combien chaleureux

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre profonde gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Pr. Salif DIAKITE**

**Professeur honoraire de gynécologie et d'obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie de l'université de Bamako.**

**Cher Maitre,**

Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury.

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maitre aimé et admiré de tous.

Honorable Maitre, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand Médecin.

Merci pour votre disponibilité au quotidien.

Puisse vos distinctions scientifiques nous servir de modèle.



## SIGLES ET ABREVIATIONS

**AMPPF** : Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille

**ATCD** : Antécédent

**AVB** : Accouchement par voie basse

**BDCF** : Bruit du cœur fœtal

**BGR** : Bassin généralement rétréci.

**BTP** : Bâtiment travaux publics

**CIVD** : Coagulation intra- vasculaire disséminée

**CPN** : Consultation prénatale

**CSCOM** : Centre de santé communautaire

**CS Réf C VI** : Centre de Santé de Référence Commune VI

**DDR** : Date des dernières règles

**DFP** : Disproportion fœto-pelvienne

**HRP** : Hématome rétro placentaire

**HTA** : Hypertension artérielle

**HU** : Hauteur utérine

**IEC** : Information – Education – Communication

**IIG** : Intervalle intergénérisique

**IST** : Infection sexuellement transmissible

**IMG** : Interruption médicale de grossesse

**IVG** : Interruption volontaire de grossesse

**LRT** : Ligature résection des trompes

**MAF** : Mouvement actif du fœtus

**MFIU** : Mort fœtale in utéro

**N né** : Nouveau-né

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**OP** : Occipito-pubien

**OS** : Occipito-sacré

**PDE** : Poche des eaux

**PP** : Placenta prævia

**RPM** : Rupture prématurée des membranes

**SA** : Semaine d'aménorrhée

**SAGO** : Société Africaine de Gynécologie Obstétrique

**SFA** : Souffrance fœtale aiguë

**SP** : Sacro-pubien

**TA** : Tension artérielle

**%** : Pourcentage

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau	Titre	Page
I	Répartition des patientes selon l'âge	42
II	Répartition des patientes selon la profession	42
III	Répartition des patientes selon l'ethnie	43
IV	Répartition des patientes selon la résidence	43
V	Répartition des patientes selon le niveau d'étude	44
VI	Répartition des patientes selon le mode d'admission	44
VII	Répartition des patientes selon la structure de référence	45
VIII	Répartition des patientes selon le motif d'admission	45
IX	Répartition des patientes selon la gestité	46
X	Répartition des patientes selon la parité	46
XI	Répartition des patientes selon l'IIG	46
XII	Répartition des patientes selon le nombre de CPN	47
XIII	Répartition des patientes selon les ATCD médicaux	47
XIV	Répartition des patientes selon les ATCD chirurgicaux	47
XV	Répartition des patientes selon le nombre de césarienne effectuée	48
XVI	Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne antérieure	48
XVII	Répartition des patientes selon la taille en cm	49
XVIII	Répartition des patientes selon l'axe de l'utérus	49
XIX	Répartition des patientes selon le rythme cardiaque fœtal	50
XX	Répartition des patientes selon la hauteur utérine	50
XXI	Répartition des patientes selon le type de présentation	51

XXII	Répartition des patientes selon le niveau de la présentation	51
XXIII	Répartition des patientes selon l'état de la PDE	52
XXIV	Répartition des patientes selon la coloration du liquide amniotique	52
XXV	Répartition des patientes selon le type du bassin	53
XXVI	Répartition des patientes selon la voie d'accouchement	53
XXVII	Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne	54
XXVIII	Répartition des patientes selon le type de l'incision	54
XXIX	Répartition des patientes selon les difficultés opératoires	55
XXX	: Répartition des patientes selon les complications per-opératoires	55
XXXI	Répartition des patientes selon la survenue de l'hémorragie de la délivrance	56
XXXII	Répartition des patientes selon l'état de l'utérus à la laparotomie	56
XXXIII	Répartition des patientes selon l'état de l'utérus et la technique opératoire	57
XXXIV	Répartition des patientes selon la LRT	57
XXXV	Répartition des patientes selon les suites opératoires	58
XXXVI	Répartition des patientes selon l'état de l'utérus et les suites opératoires	58
XXXVII	Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation	59
XXXVIII	Répartition des Nnés selon le score d'Apgar à 1 <sup>ère</sup> mn	59
XXXIX	Répartition des Nnés selon le score d'Apgar à 5 <sup>ème</sup> mn	60
XXXX	Répartition selon le poids du nouveau-né à la naissance	60

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>OBJECTIFS.....</b>	<b>4</b>
<b>GENERALITES.....</b>	<b>5</b>
<b>METHODOLOGIE.....</b>	<b>37</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>42</b>
<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>61</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>67</b>
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>68</b>
<b>REFERNCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>69</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>73</b>

## I. INTRODUCTION

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

La survenue d'une grossesse sur un utérus cicatriciel se caractérise par son incidence élevée, ses complications multiples, son taux encore significativement important de morbidité et de mortalité materno-fœtale [1].

Parmi les complications on peut noter les dystocies dynamiques, les hémorragies de la délivrance par la présence d'un placenta prævia ou accreta, la déhiscence.

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

Certaines croient ne plus pouvoir procréer parce qu'elles se sentent diminuées, handicapées ; d'autres par contre ont plutôt peur d'en avoir à nouveau, se souvenant « du terrible épisode ». Cette anxiété vécue pendant tout le temps de la grossesse souvent 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.

La grossesse et l'accouchement des parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel, grand pourvoyeur des ruptures utérines, sont donc considérés à haut risque, surtout dans les pays en développement, où la tocographie et le monitoring fœtal ne sont pas disponibles dans toutes les maternités. Les indications des précédentes césariennes, le type d'incision utérine, les suites opératoires ne sont pas le plus souvent disponibles [2].

L'utérus cicatriciel est un facteur de mortalité maternelle ; dans les pays développés cette mortalité est surtout due à l'hémorragie de la délivrance tandis que dans le tiers monde, elle incombe en plus de l'hémorragie de la délivrance , à la rupture utérine [3].

L'accouchement après césarienne est une éventualité de plus en plus fréquente en raison de l'augmentation des taux de césarienne [4].

L'aphorisme de **CRAGNIN**, datant de 1916 « césarienne une fois, césarienne toujours » est certes remis en cause depuis longtemps, mais la césarienne itérative de principe pour utérus cicatriciel reste encore fréquente, surtout aux Etats unis [5].

L'évolution de l'obstétrique a permis d'aboutir à une conduite actuellement beaucoup plus nuancée : l'accouchement par les voies naturelles après une césarienne peut être proposé sans toutefois aggraver le pronostic de la mère ou de son enfant [4].

L'essai d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel a pris un essor important au début des années 1980. Ses indications se sont étendues en vue de réduire le taux de césarienne itérative.

Toutes les études s'accordent actuellement pour reconnaître les bénéfices de l'épreuve d'accouchement par voie basse chez les anciennes césarisées en termes de mortalité, morbidité et d'économie de santé. Mais la nécessité d'une surveillance électronique, cardiotocographique au cours du travail a pendant longtemps limité l'accouchement sur utérus cicatriciel dans la pratique obstétricale africaine [5].

L'incidence de la grossesse sur un utérus cicatriciel n'a cessé de s'accroître dans le monde ces dernières années en raison de l'augmentation du taux de césarienne et de développement de la chirurgie gynécologique (myomectomie).

En Afrique et plus particulièrement au Mali, cette incidence élevée serait surtout en rapport avec les dystocies osseuses chez les adolescentes (bassin immature) le plus souvent sujettes à des mariages précoces ; mais aussi aux progrès de

l'obstétrique et de la gynécologie permettant l'accès facile à la césarienne (gratuité) [1].

Face à ces constats nous avons initié ce travail afin de faire le point sur l'accouchement sur utérus cicatriciels dans notre service. Ainsi nous nous sommes fixés les objectifs suivants :



## **II. OBJECTIFS :**

### **1. Objectif général :**

Etudier les accouchements sur utérus cicatriciels dans le centre de santé de la commune VI du District de Bamako de Janvier à Décembre 2009.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- 2.1 Déterminer la fréquence des accouchements sur utérus cicatriciel pendant la période d'étude ;
- 2.2 Déterminer les caractéristiques socio-démographiques des patientes ;
- 2.3 Identifier les facteurs de risques associés aux utérus cicatriciels ;
- 2.4 Déterminer les indications de césarienne ;
- 2.5 Apprécier le pronostic materno-fœtal.

### **III. GENERALITES**

#### **1. UTERUS GRAVIDE : [6, 7, 8, 9]**

##### **1.1 ANATOMIE :**

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

Anatomiquement, l'utérus gravide comprend trois parties :

le corps, l'isthme qui devient le segment inférieur au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse, et le col.

##### **1.1.1 Le corps utérin :**

###### **Anatomie macroscopique :**

Organe de gestation, l'utérus subit des modifications les plus importantes. Sa richesse musculaire fait de lui l'organe moteur dont la force intervient pour faire progresser le mobile foetal 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:

	Hauteur	largeur
Utérus non gravide	6 - 8cm	4 - 5cm
3 <sup>ème</sup> mois	13cm	10cm
4 <sup>ème</sup> mois	15cm	12cm
5 <sup>ème</sup> mois	20cm	14cm
6 <sup>ème</sup> mois	24cm	16cm
7 <sup>ème</sup> mois	28cm	18cm
8 <sup>ème</sup> mois	30cm	20cm
à terme	32cm	22cm

• **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 antéro-postérieur, 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 1200g. Le sang contenu dans l'utérus représente environ 10 % du sang total.

• **Capacité :**

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

• **Epaisseur :**

Au début de la grossesse, la paroi utérine s'hypertrophie. Son épaisseur passe d'un cm 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.

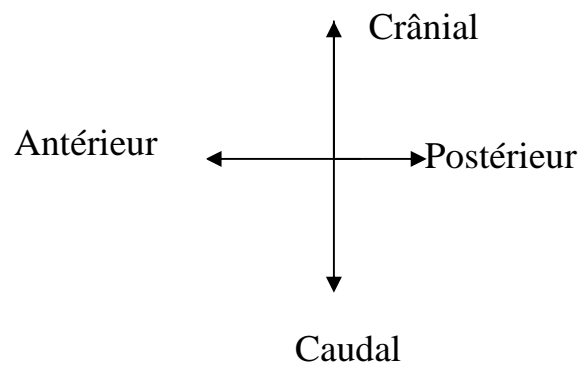
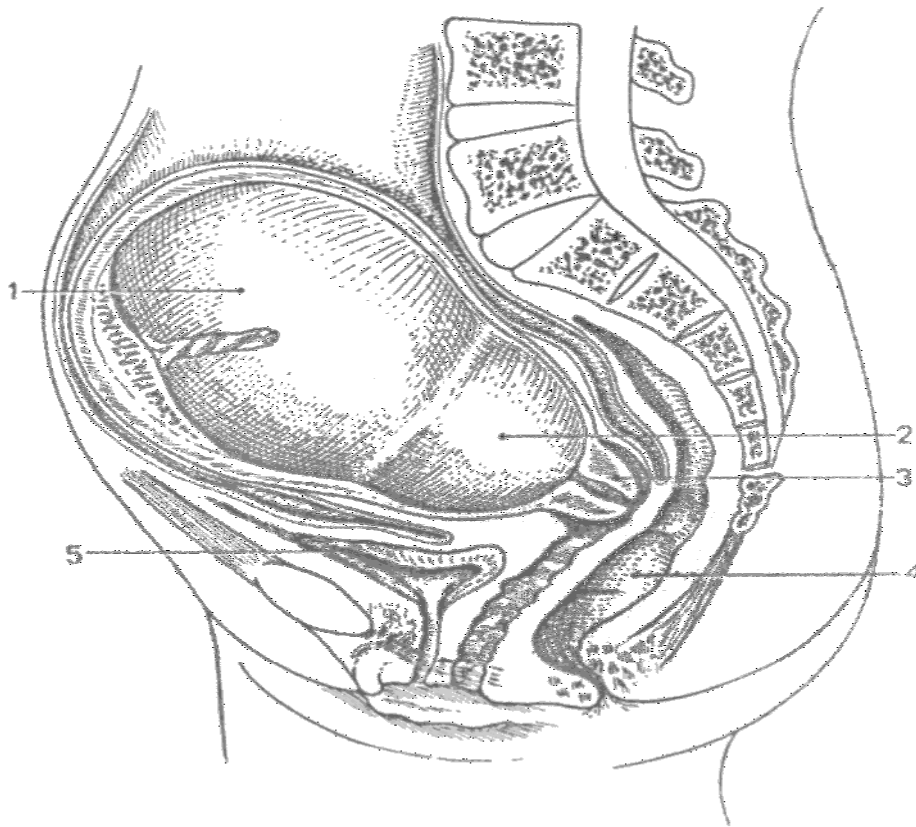
Les éléments qui se fixaient sur la corne utérine non gravide se trouvent sur l'utérus à terme plus bas sur les bords latéraux, les trompes sont reportées plus en avant, les ligaments utéro-ovariques plus en arrière.

Les ligaments utérins 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, elle peut atteindre 40 kg (LANGREDER).

Les ligaments utéro-sacrés ascensionnent.

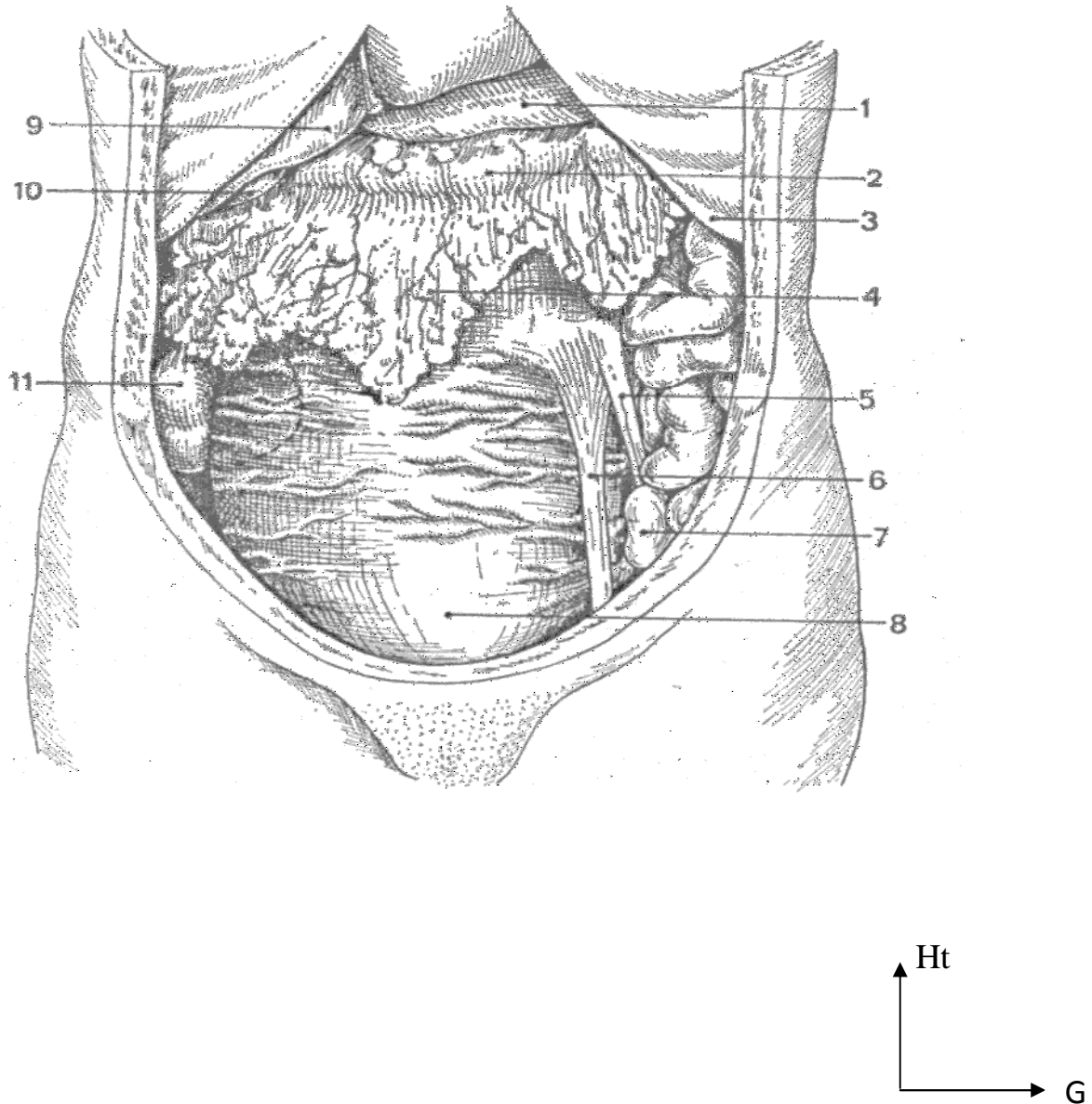
Les feuillets pariétaux des ligaments larges s'étalent au fur et à mesure que l'utérus augmente de volume.



**Figure 1: [6]**

Les trois segments de l'utérus gravide.

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



**Figure 2:** Utérus gravide de 8 mois environ. Rapports antérieurs [6].

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

• **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 plexi forme.

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.

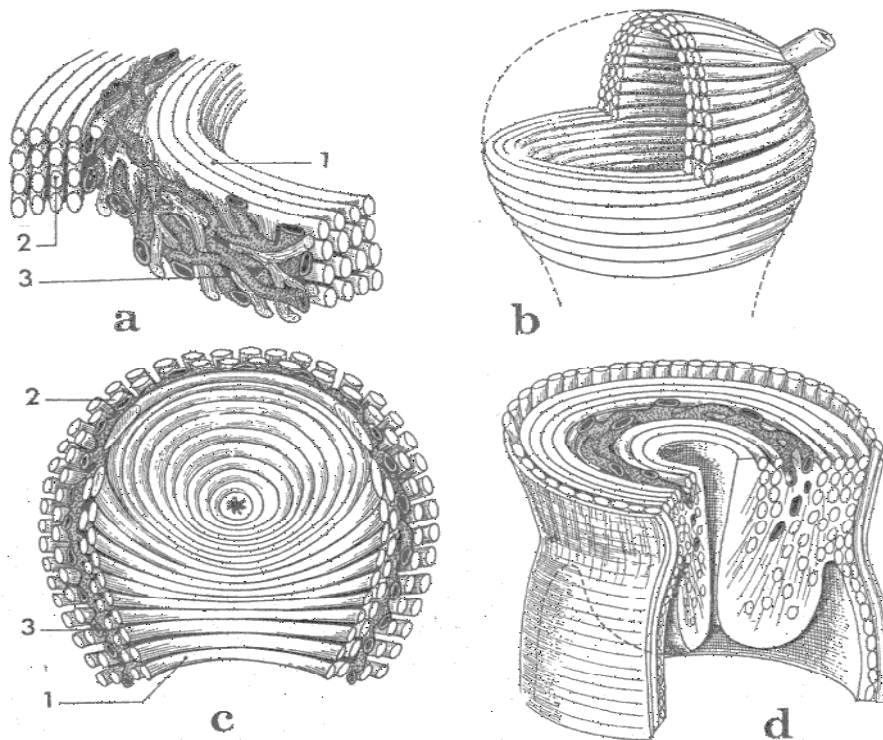
**La muqueuse :**

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

Au cours des quatre premiers mois, la muqueuse s'hypertrophie au point d'atteindre 1cm d'épaisseur. On y retrouve deux couches: une couche superficielle, caduque, et une couche profonde 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 1mm à terme.



**Figure 3** : Structure du myomètre [6].

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.

### **1.1.2 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 aussi pour les ruptures utérines.

#### **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 engagée). Cette minceur, traduisant l'excellence de la formation du segment inférieur, est la marque de l'eutocie. La bonne ampliation du segment inférieur, appréciée cliniquement, est donc un élément favorable de pronostic de l'accouchement.

Les vaisseaux moins développés ont une direction générale transversale ; ceci explique que la césarienne segmentaire transversale est moins hémorragique que les césariennes segmentaires longitudinales. (fig. 5)

• **Limite :**

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

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

• **Origine et Formation :**

Le segment inférieur se développe aux dépens de l'isthme utérin, zone ramollie dès le début de la grossesse, comme le prouve le signe de Hégar ; et la partie 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.

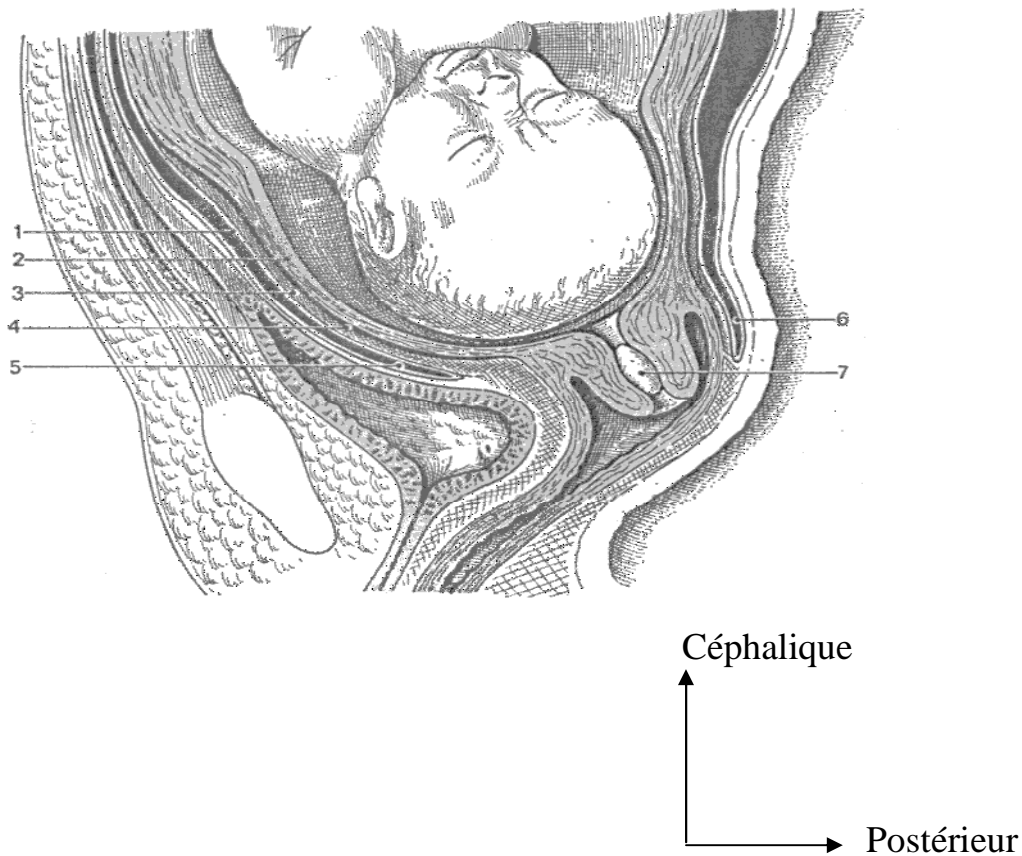
Au-dessus du cul-de-sac péritonéal, elle est séparée du segment inférieur par du tissu conjonctif lâche qui permet de la décoller et de la refouler en bas.

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

Latéralement : la gaine hypogastrique contient les vaisseaux utérins croisés par l'uretère.

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

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



**Figure 4:** Segment inférieur (coupe sagittale) [6].

1= Péritoine pré segmentaire. 2= Segment inférieur. 3= Tissus cellulaires 4= Fascia pré-segmentaire. 5= Cul-de-sac vésico-segmentaire. 6= Cul-de-sac recto-utérin. 7= Bouchon muqueux.

• **Structure :**

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

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

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

**Applications pratiques :**

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

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

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

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

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

**1.1.3 Le Col de l'utérus :**

Le col se modifie peu pendant la grossesse.

**Anatomie macroscopique :**

Son volume et sa forme ne changent pas.

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

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

• **Structure :**

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

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

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

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

**1.1.4 VASCULARISATION DE L'UTERUS GRAVIDE :**

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

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

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

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

Cette disposition permet la dilatation du col.

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

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

- **Les lymphatiques** : Nombreux et hypertrophiés, ils forment trois réseaux communiquant largement entre eux.

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

**1.1.5 INNERVATION** : Deux systèmes sont en jeu :

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

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

- **Le système extrinsèque** :

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

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

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.

## **2. 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 et 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 fœto-pelvienne.

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

- 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 se



moule alors sur la présentation par sa tonicité et son élasticité, rendant la présentation immobile : c'est l'adaptation foeto-segmentaire.

-Phase concomitante : Se caractérise par :

Le décollement du pôle inférieur

de l'œuf, et la formation de la poche des eaux.

-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.

**L'accommodation** : 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.

### **3. LA CICATRICE UTERINE :**

#### **a. Etat de la cicatrice : [10 ; 11]**

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

musculaires réalisent microscopiquement des faisceaux musculaires lisses dissociés et fragmentés. Ces phénomènes 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.

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, ou d'un traumatisme.

#### **i. Interventions chirurgicales :**

##### **• Obstétricales :**

##### **✓ Césarienne :**

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

La césarienne corporéale est une incision-ouverture sagittale verticale du corps utérin.

Elle contre-indique le travail en raison du risque élevé de rupture utérine. On y classe dans la même catégorie les incisions segmento-corporéales ainsi que la mini-césarienne pour avortement thérapeutique du 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 lamelles et il est probable qu'une partie des désunions futures tiennent de cette faute technique aisément évitable.

#### ✓ **Curetage :**

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

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

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

✓ **Myomectomie :**

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 nécessaires à leur extirpation. Enfin on tiendra compte de la complexité de l'hystéroplastie secondaire qui a été nécessaire.

✓ **Hystéro- plasties:**

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

Intervention de Bret-Palmer (France 1959) encore appelée intervention de Tompkins (USA 1962) : Il s'agit d'une technique abdominale très ingénieuse de section de la cloison sans résection du myomètre ni même résection de l'étoffe de la cloison.

Le principe de cette opération maintenant périmée, dans les pays développés mérite un rappel : incision sagittale médiane de l'utérus jusqu' à l'extrémité inférieure 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.

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.

### **iii. Accidents au cours du travail :**

Les Ruptures utérines : Elles sont soit spontanées, soit provoquées.

✓ Ruptures spontanées :

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

✓ Ruptures provoquées :

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

✓ **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 ; 11]**

**i. Rupture utérine :**

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

On distingue :

Des ruptures utérines incomplètes sous-séreuses, encore appelées déhiscences et les 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 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.

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 per opératoire lors de la césarienne soit au moment de la révision utérine. Les signes d'alarme classiques représentés par l'hémorragie, la douleur au niveau de la cicatrice et la souffrance fœtale aiguë, sont souvent absents.

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

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

Le risque d'un placenta accréta doit toujours entraîner l'équipe obstétricale à intervenir avec une 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.

#### **4. Diagnostic des différentes complications :**

##### **4.1 Rupture utérine sur utérus cicatriciel :**

La rupture pendant la grossesse, volontiers, survient sur un utérus mal formé ou cicatriciel. La cicatrice est généralement corpo réelle.

Les ruptures utérines des utérus porteurs de cicatrices se caractérisent par leur allure sournoise ; d'où l'intérêt d'une anamnèse minutieuse. La femme présente 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.

#### **4.2 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 poussées 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. 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.



## **5. CONDUITE A TENIR LORS D'UN NOUVEL ACCOUCHEMENT :**

**[14, 15, 16]**

La conduite de l'accouchement sur utérus cicatriciel s'appelle épreuve utérine.

Elle expose au risque de rupture utérine avec ses conséquences fœtales

(souffrance fœtale aiguë, mort in utéro) 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 corpo réelle 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'infection. 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.

### **5.1 La césarienne prophylactique :**

#### **✓ Les indications :**

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

- **Les rétrécissements pelviens :** Les bassins chirurgicaux sont bien sûr une indication de césarienne itérative.

Dans les rétrécissements pelviens, l'indication n'est pas toujours aussi évidente, d'autant que chez la primipare 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 bipariétal de la grossesse en cours. Les rétrécissements pelviens modérés ne sont pas une indication de césarienne prophylactique itérative, si la confrontation céphalo-pelvienne clinique, radiologique et échographique est favorable.

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

Les cicatrices corporéales ou de cicatrices segmentaires avec trait de refend corporéal,

Les cicatrices des mini césariennes pour interruption tardive de grossesse ou, perforations utérines d'IVG, compliquées d'infection : fièvre élevée et persistante, suppuration, lochies fétides, rejet de débris sphacéliques ;

Les cicatrices utérines multiples (par exemple césarienne + myomectomie ou, myomectomies multiples),

Les cicatrice de césarienne sur un utérus mal formé,

La cicatrice de la classe IV de Poitevin, c'est à dire dont le diverticule mesuré sur l'hystérogaphie fait plus de 6 mm ou présente un trajet fistuleux.

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

Les cicatrices utérines dont on ignore l'indication, la technique de réalisation, les suites opératoires.

- **La grossesse actuelle** : On décide d'une césarienne sur un utérus cicatriciel devant : une surdistension utérine (macrosomie, grossesse gémellaire, hydramnios), une présentation autre que celle du sommet,

un placenta prævia antérieur, une souffrance fœtale qui, dans d'autres circonstances, serait une indication de déclenchement artificiel du travail.

✓ **Particularités techniques de la césarienne** : La 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.

- **L'épreuve utérine** :

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

- **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 :

Thèse de Médecine

Boubacar DIARRA

✓ 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 sacculatation. Mais des images discrètes, encoches, spicules, ont une signification encore imprécise.

- **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).

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.

**- 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 césarienne au cours de l'épreuve utérine est diminué. L'anomalie la plus fréquente au cours du travail est le ralentissement ou la stagnation de la dilatation. L'hypocinésie est la cause la plus habituelle. Son diagnostic et son traitement par les ocytociques nécessitent la tocographie interne.

En l'absence de cette technologie, le diagnostic peut parfois passer inaperçu et la prescription d'ocytocique est interdite car dangereuse ; dans ces cas on passe à la césarienne. La dystocie cervicale est diagnostiquée devant une stagnation de la dilatation avec une activité utérine correcte. Le col est rigide, des antispasmodiques doivent être administrés et leur effet jugé rapidement. En cas de stagnation de la dilatation pendant 2 heures ou de dilatation inférieure à 1 cm par heure, il faut pratiquer une césarienne.

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

- **L'expulsion :**

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

- **La révision utérine :**

Elle est systématique. Elle doit chercher une rupture ou une déhiscence de la cicatrice, deux formes anatomiques de 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 décalotté, 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 suturée avec du fil résorbable. On discutera d'une ligature tubaire.

- **La déhiscence de la cicatrice :**

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

**6. Les cicatrices utérines autres que la césarienne**

**6.1 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.

**6.2 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'enfant vivant.

**6.3 Les cicatrices de salpingectomie ou d'anastomose isthmo-interstitiel:** 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.

#### **6.4 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.

## **7 CLASSIFICATION DES UTERUS CICATRICIELS [11]**

### **7.1 Classification hystérosalpingographique selon Thoulon :**

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 postériori 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.



## **7.2 Classification échographique selon Rozenberg :**

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

Groupe 1 : segment inférieur normal (supérieur à 3 mm en épaisseur et sans solution de continuité,

Groupe 2 : segment inférieur exclusivement inférieur à 3mm,

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

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

## **IV. METHODOLOGIE**

### **4.1 Cadre d'étude :**

Notre étude s'est déroulée à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune IV du district de Bamako.

### **4.2 Historique de la commune IV :**

La commune IV fut créée par l'ordonnance 78-34 / CMLN du 18 Août 1978 et placée sous la tutelle du Gouverneur du district de Bamako. Elle est constituée par 8 quartiers dont le plus ancien est Lassa et le tout nouveau, Sibiribougou.

La commune IV du District de Bamako a une superficie de 37,68 Km<sup>2</sup> pour une population actualisée de 252294 habitants (source DNSI, recensement 2009).

Elle est limitée :

- A l'Ouest par la limite ouest du district de Bamako qui fait frontière avec le cercle de Kati ;
- A l'Est et au Nord par la partie ouest de la commune III ;
- Au Sud le lit du fleuve Niger et la limite ouest de la commune III (source PUS CIV Mars 2001).
- Le centre de santé de référence de la commune IV

Le Centre de Santé de Référence est situé en plein cœur de la Commune IV, d'abord Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Lafiabougou érigée en centre de santé de référence pour répondre aux besoins de santé des populations de la commune.

- Les locaux du centre de santé de référence de la commune IV

Le Centre de Santé de Référence comporte :

- un bureau des entrées,
- une unité de développement social,
- une unité de gynéco obstétrique,
- une unité de chirurgie générale,
- une unité de médecine générale,

- une unité d'ophtalmologie,
- une unité d'ORL,
- une unité de pédiatrie,
- une unité de soins d'animation et de conseils (USAC),
- une unité d'anesthésie,
- un bloc des urgences,
- un bloc opératoire,
- une salle d'accouchement,
- une unité d'hospitalisation comportant douze salles dont six salles pour la gynécologie obstétrique avec 24 lits, deux salles pour la chirurgie générale avec six lits, deux salles pour la médecine générale et deux salles pour la pédiatrie,
  - une unité de consultation prénatale,
  - une unité de consultation postnatale,
  - une unité PEV,
  - un cabinet dentaire,
  - un laboratoire,
  - un dépôt de médicaments essentiels
  - une unité chargée de la prise en charge des malades tuberculeux (DAT),
  - une unité de dépistage du cancer du col,
  - une unité de prise en charge de la lèpre,
  - deux salles de soins infirmiers,
  - une unité de brigade d'hygiène,
  - une morgue,
  - une mosquée,

Le Personnel du centre de santé de référence de la commune IV se compose de :

- Deux pédiatres dont un est le médecin chef,
- trois médecins gynécologues obstétriciens,
- un médecin ophtalmologiste,
- deux assistants médicaux en ophtalmologie,

- un médecin spécialiste en ORL,
- cinq médecins généralistes,
- dix-neuf sages-femmes,
- neuf infirmières obstétriciennes,
- Six anesthésistes réanimateurs dont un médecin et cinq assistants.
- deux assistantes médicales en ORL,
- trois techniciens supérieurs de laboratoire,
- deux techniciens supérieurs en odontostomatologie,
- dix aides-soignants,
- une gérante de pharmacie,
- sept manœuvres,
- cinq chauffeurs,
- quatre gardiens dont un de la morgue,
- deux comptables,
- une secrétaire administrative, un coursier,
- quatre infirmiers aides de bloc opératoire.

A ceux-ci s'ajoutent des DES<sub>3</sub> en rotation, des médecins généralistes stagiaires et un nombre variable de FF

Le Fonctionnement du service de Gynéco Obstétrique :

Les consultations gynéco-obstétriques sont faites trois fois par semaine (lundi, mercredi, vendredi)

Les consultations prénatales sont quotidiennes.

Le service est doté de deux ambulances assurant la liaison des CSCOM vers le CSRéf CIV et du CSRéf CIV vers les CHU et le CNTS.

Le service de garde dispose entre autre de :

- trois tables d'accouchement ;
- deux salles d'opération,
- un dépôt de sang,

- des kits de médicaments d'urgence pour les césariennes et leurs complications.

Un staff a lieu tous les jours à partir de 8 heures 00 mn dirigé par un gynécologue Obstétricien.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés pendant la garde.

Il y a deux (2) jours de programme opératoire en dehors des urgences durant la semaine.

Une visite est faite tous les jours après le staff.

- Les autres structures sanitaires de la commune IV

ASACOSEK ; ASACOLA I ; ASACOLA B5 ; ASACOLA II ; ASACODJIP ; ASACOLABASAD ; ASACOSEKASI ; ASACODJENEKA ; Maternité René CISSE d'Hamdallaye ; ASACOHAM. Outre ces centres cités ; il y a aussi des cabinets et cliniques privés et des officines.

#### **4.1 Type et Période d'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive de janvier à décembre 2009.

#### **4.2 Population d'étude**

Tous les accouchements effectués au centre de sante de référence de la commune IV du district de pendant la période d'étude.

#### **4.3 Echantillonnage :**

Toutes les parturientes avec utérus cicatriciel admises à la maternité du centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako pour accouchement qu'elles soient venues d'elles-mêmes (autoréférence) ,référées ou qu'elles relèvent d'une évacuation durant la période d'étude.

#### **4.4 Critère d'inclusion :**

Ont été incluses dans notre étude toutes les parturientes avec cicatrice utérine admises à la maternité du CSRéf commune IV.

#### **4.5 Critère de non inclusion :**

Nous n'avons pas retenu dans cette étude toutes les parturientes qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion.

#### **4.6 Collecte des données :**

Une fiche de collecte a été utilisée pour recueillir les informations (voir annexe).

#### **4.7 Sources des données**

Le recueil des données a été fait à partir du dossier obstétrical complété au besoin par les carnets et registre de consultation prénatale, le registre d'accouchement et d'hospitalisation, le partogramme, le registre de compte-rendu opératoire, les fiches de référence/évacuation des mères.

#### **4.8 Les variables :**

Nous avons étudié les paramètres suivants : les caractéristiques socio-démographiques maternelles (profession, statut matrimonial, niveau d'instruction, ethnie), les paramètres obstétricaux (âge maternel, gestité, parité, nombre de CPN).

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Microsoft Office World.

Le traitement et l'analyse des données statistiques ont été effectués grâce au logiciel Epi info (6.04).

## V. RESULTATS

Pendant la période d'étude nous avons recensé 248 cas d'accouchements sur utérus cicatriciel sur un nombre total de 4887 accouchements de janvier à décembre 2009 soit une fréquence de 5,07%.

**Tableau I:** Répartition des patientes selon l'âge.

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
≤ 20	44	17,74
21-25	48	19,35
<b>26-30</b>	<b>87</b>	35,08
31-35	39	15,73
36-40	24	9,68
> 40	6	2,42
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau II :** Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Ménagère</b>	<b>191</b>	<b>77</b>
Elève /Etudiante	38	15,3
Fonctionnaire	17	6,9
Sans profession	2	0,8
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau III** : Répartition des patientes selon l'ethnie.

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Bambara</b>	<b>91</b>	<b>36,7</b>
Malinké	68	27,4
Soninké	17	6,9
Peulh	42	16,9
Sonrhäi	8	3,2
Autres	22	8,9
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau IV** : Répartition des patientes selon la résidence.

<b>Résidence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Lafiabougou</b>	<b>88</b>	<b>35,5</b>
Hamdallaye	20	8,1
Djicoroni para	43	17,3
Sébénicoro	40	16,1
Sibiribougou	30	12,1
Autres	27	10,9
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>



**Tableau V:** Répartition des patientes selon le niveau d'étude.

<b>Niveau d'étude</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Primaire	77	31
Secondaire	37	14,9
Supérieur	2	0,8
<b>Non scolarisée</b>	<b>132</b>	<b>53,2</b>
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**VI :** Répartition des patientes selon le mode d'admission.

<b>Mode d'admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Venue d'elle-même</b>	<b>210</b>	<b>84,7</b>
Evacuée	38	15,3
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau VII:** Répartition des patientes selon la structure de référence.

<b>Lieu de référence / évacuation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
ASACOLA I	3	8
ASACO samé	2	5
ASACODjip	2	5
ASACOSEK	3	8
ASACOSEKASI	2	5
ASACOLA B5	2	5
ASACOKALABAMBOUGOU	3	8
ASACOHAM	2	5
ASACODjénéka	2	5
ASACOLA II	3	8
Maternité Renée CISSE	3	8
ASACOTom	4	11
<b>CSCOM de siby</b>	<b>7</b>	<b>18</b>
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

**Tableau VIII :** Répartition des patientes selon le motif d'admission.

<b>Motif d'admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Contraction utérine douloureuse</b>	<b>120</b>	<b>84,7</b>
Autres	38	15,3
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau IX:** Répartition des patientes selon la Gestité.

<b>Gestité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Paucigeste	89	35,9
<b>Multigeste</b>	<b>159</b>	<b>64,1</b>
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau X :** Répartition des patientes selon la parité.

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Paucipare	86	34,7
<b>Multipare</b>	<b>159</b>	<b>64,1</b>
Grande multipare	3	1,2
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XI :** Répartition des patientes selon l'intervalle intergénésiq.

<b>Intervalle intergénésiq.</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<1an	11	4,4
1an	37	14,9
<b>2 – 3ans</b>	<b>142</b>	<b>57,3</b>
>3ans	58	23,4
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XII:** Répartition des patientes selon le nombre de CPN.

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage (%)
0	15	6,1
<b>1 - 3</b>	<b>130</b>	<b>52,4</b>
> 3	103	41,5
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XIII:** Répartition des patientes selon les ATCD médicaux

ATCD médicaux	Effectif	Pourcentage (%)
HTA	20	8,1
Asthme	8	3,2
Drépanocytose	4	1,6
Diabète	2	0,8
<b>Néant</b>	<b>214</b>	<b>86,3</b>
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XIV :** Répartition des patientes selon les ATCD chirurgicaux.

ATCD chirurgicaux	Effectif	Pourcentage (%)
Myomectomie	9	3,6
<b>Césarienne antérieure</b>	<b>238</b>	<b>96</b>
Col cicatriciel	1	0,4
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XV** : Répartition des patientes selon le nombre de césarienne effectué.

<b>Nombre de césarienne</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>1</b>	<b>207</b>	<b>87</b>
$\geq 2$	31	13
<b>Total</b>	<b>238</b>	<b>100</b>

**Tableau XVI** : Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne antérieure.

<b>Indication de la césarienne</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>SFA</b>	<b>102</b>	<b>41,1</b>
Macrosomie fœtale	21	8,5
Présentation transverse	1	0,4
Présentation oblique	1	0,4
Grossesse gémellaire	19	7,7
Echec de l'épreuve du travail	52	21
Défaut d'engagement	4	1,6
Présentation du siège	4	1,6
Cause méconnue	44	17,7
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XVII : Répartition des patientes selon la taille en (cm).**

<b>Taille</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<150cm	13	5,2
<b>&gt;150cm</b>	<b>235</b>	<b>94,8</b>
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'axe de l'utérus.**

<b>Axe de l'utérus</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Longitudinal</b>	<b>241</b>	<b>97,2</b>
Transversal	5	2
Oblique	2	0,8
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XIX** : Répartition des patientes selon le rythme cardiaque fœtal.

<b>Bruits du cœur fœtal</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<120 bat/mn	9	3,6
<b>120 – 160 bat/mn</b>	<b>229</b>	<b>92,3</b>
>160bat/mn	10	4
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XX** : Répartition des parturientes selon la hauteur utérine.

<b>Hauteur Utérine (en cm)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>30 – 36</b>	<b>227</b>	<b>81,6</b>
36	21	8,4
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XXI : Répartition des patientes selon le type de présentation.**

Type de présentation	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Céphalique</b>	<b>229</b>	<b>92,3</b>
Siège	10	4
Epaule	7	2,8
Autres	2	0,8
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XXII : Répartition des patientes selon le niveau de la présentation.**

Niveau d'engagement	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Engagée</b>	<b>150</b>	<b>60,5</b>
Non engagée	98	39,5
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>



**Tableau XXIII :** Répartition des patientes selon l'état de la PDE.

<b>PDE</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Intacte</b>	<b>161</b>	<b>64,3</b>
Rompue	87	35,1
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XXIV:** Répartition des patientes selon la coloration du liquide amniotique.

<b>Coloration du LA</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Clair</b>	<b>215</b>	<b>86,7</b>
Méconial	25	10,1
Hématique	7	2,8
Purée de pois	1	0,4
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XXV:** Répartition des patientes selon le type de bassin.

<b>Bassin</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Normal</b>	<b>186</b>	<b>75</b>
Limite	48	19,4
BGR	10	4
Autres	4	1,6
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XXVI :** Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.

<b>Pronostic de la voie d'accouchement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Voie basse</b>	<b>187</b>	<b>75,4</b>
Césarienne	61	24,6
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XXVII** : Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne actuelle

Indications de la Césarienne	Effectif	Pourcentage (%)
SFA	10	16,4
Macrosomie fœtale	2	3,2
<b>Bassin limite</b>	<b>25</b>	<b>41,4</b>
Dilatation stationnaire	19	31
Autres	5	8
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

**Autres : grossesse gémellaire, siège**

**Tableau XXVIII** : Répartition des patientes selon le type de l'incision.

Type d'incision	Effectif	Pourcentage (%)
Incision médiane		
sous ombilicale	29	47,54
<b>Pfannenstiel</b>	<b>32</b>	<b>52,46</b>
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

**Tableau XXIX :** Répartition des patientes selon les difficultés opératoires.

<b>Difficultés opératoires</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Aucune</b>	<b>53</b>	<b>86,9</b>
Adhérence	8	13,1
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

**Tableau XXX:** Répartition des patientes selon les complications per-opératoires.

<b>Complication per-opératoire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Aucune</b>	<b>45</b>	<b>73,77</b>
Hémorragie	1	1,64
Trouble de la coagulation	1	1,64
Autres	14	22,95
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXI:** Répartition des patientes selon la survenue de l'hémorragie de la délivrance.

<b>Hémorragie de la délivrance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	2	0,8
<b>Non</b>	<b>246</b>	<b>99,2</b>
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXII:** Répartition des patientes césarisées selon l'état de l'utérus à la laparotomie.

<b>Etat de l'utérus</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Intacte</b>	<b>47</b>	<b>77,05</b>
Déhiscence	10	16,39
Rupture franche	4	6,56
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon l'état de l'utérus et la technique opératoire (rupture utérine)**

<b>Etat de l'utérus</b>	<b>Déhiscence</b>	<b>Rupture franche</b>
<b>Technique opératoire</b>		
<b>Hystérogrophie</b>	<b>10/10</b>	<b>2/4</b>
<b>Hystérectomie</b>	<b>00/10</b>	<b>2/4</b>

**Tableau XXXIV :Répartition des patientes selon la Ligature et Résection des Trompes.**

<b>LRT</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	15	24,6
Non	46	75,4
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXV:** Répartition des patientes selon les suites opératoires.

<b>Complication post opératoire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Simple	<b>36</b>	<b>59,02</b>
Endométrite	4	6,56
Suppuration pariétale	6	9,84
Psychose puerpérale	2	3,27
Anémie du post partum	4	6,56
Péritonite post opératoire	1	1,64
Infection pulmonaire	2	3,27
Autres	6	9,84
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

**Autres**= Fièvre isolée ; œdème des membres inférieures

**Tableau XXXVI:** Répartition des patientes selon l'état de l'utérus et les suites opératoires

<b>Etat de l'utérus</b>	<b>Intact</b>	<b>Déhiscence</b>	<b>Rupture Franche</b>
<b>Suites opératoires</b>			
Hémorragie	00	00	00
Endométrite	00	03/10(30%)	01/4(25%)
Suppuration pariétale	02/47(4,25%)	03/10(30%)	01/4(25%)
Péritonite	00	01/10(10%)	00
<b>Total</b>	<b>02/47(4,25%)</b>	<b>07/10(70%)</b>	<b>2/4(50%)</b>

**Tableau XXXVII:** Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

<b>Durée d'hospitalisation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
3-5	245	98,8
≥ 6	3	1,2
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXIIX :** Répartition des nouveau-nés selon le score d'apgar à la 1<sup>ère</sup> mn.

<b>Score d'apgar</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
≤ 7	26	10,4
> 7	222	89,6
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>



**Tableau XXXIX** : Répartition des nouveau-nés selon le score d'apgar à la 5<sup>ème</sup> mn.

<b>Score d'apgar</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
≤ 7	12	4,8
> 7	236	95,2
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXX** : Répartition selon le poids des Nouveau nés à la naissance.

<b>Poids du nouveau-né</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
2000-2500	22	9
<b>2500-4000</b>	<b>217</b>	<b>87</b>
≥ 4000	9	4
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

## COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### a. FREQUENCE :

Dans notre étude la prévalence de l'accouchement sur utérus cicatriciel a été de 5,07% soit 248 cas sur un total de 4887 accouchements durant la période d'étude de janvier à décembre 2009.

Comparé aux données de la littérature, notre taux d'accouchement sur utérus cicatriciel est proche de celui de Boisselier [24] en France = 5,3% ; inférieur à celui de Diadhon M T [15] au Sénégal = 7,5% ; Anderson [21] au Canada = 7,6% ; et Flamm [25] aux USA = 9,2%.

Il est supérieur à celui de : Ali OUATTARA [18], A. DEMBELE [17] au Mali avec respectivement 3,7% et 2% ; Van Der Walt [26] en Afrique du Sud = 3,7% ; Tshilombo [27] au Congo = 2,6% ; Van Roosmalen [28] en Tanzanie = 1,8% ; C.T. CISSE [5] au Sénégal = 1,5%.

Notre faible taux s'explique par le fait que le service prend en charge rarement certaines pathologies associées à la grossesse tels que les états hypertensifs (prééclampsie, éclampsie, HRP) et le diabète.

### b. LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

L'âge :

La tranche d'âge la plus représentée a été de 21 – 30 ans, soit 54,2%.

L'âge moyen a été de 28 ans.

Il est proche à celui de : A. Hamet Tidjani [2] 27,6 ans ; C.T. CISSE [5] 29 ans ; et A. Ba [20] 27,38 ans mais inférieur à celui d'Ali OUATTARA [18] : 30,5 ans ; N. Benzineb [19] : 30,31 ans  $\pm$  4,82.

Le jeune âge des parturientes s'explique par le mariage précoce des filles. Ces dernières font la grossesse sur des bassins immatures exposant à la césarienne.

Nos âges extrêmes (16 ans et 40 ans) sont comparables à ceux d'Ali OUATTARA [18] qui a trouvé 16 ans et 44 ans et A. HAMET [1] 16 ans et 48 ans.

### **c. FACTEURS DE RISQUE :**

#### **Parité :**

Les grandes multipares ont représenté 64,1% des cas dans notre série.

Ce taux est supérieur à celui de T. KHARRASSE[30] qui a trouvé 43,97%

Au Mali la grande multiparité trouve son explication dans la survenue de grossesses nombreuses chez les femmes (Indice de fécondité 6 à 7 enfants par femme) de même que la faible prévalence contraceptive 6,83% selon EDS IV (22).

#### **Intervalle intergénésiq**

Nous avons trouvé 57,3% des parturientes avec un intervalle inter- gènesique compris entre 2 - 3 ans, taux supérieur à celui d'A. BA [20] avec 29,5% et d'Ali OUATTARA [18] avec 10,7%.

Ceci s'expliquerait par la non utilisation des moyens de contraception par les patientes qui pensent que les contraceptifs ont plus d'inconvénients que d'avantages et le manque d'information sur les méthodes contraceptives.

#### **Antécédents de césarienne :**

Durant la période d'étude, nous avons enregistré : 87,5% d'utérus unicatriciels (217 cas) ; 10,9% d'utérus bicatriciels (27 cas).

Ceci s'explique par le fait que notre service prend en charge beaucoup d'urgences obstétricales provenant des CSCOM (structures périphériques) et de certaines structures de santé privée. Notre taux est supérieur à ceux de Ali OUATTARA [18] avec 79,1% d'utérus unicatriciel ; 17,7% d'utérus bicatriciel ; A.DEMBELE [17] avec 84,8% d'utérus uni cicatriciel ; 15,2% d'utérus bicatriciel.

#### **Consultation prénatale : (CPN)**

Dans 52,4% des cas, les patientes ont effectué la CPN au moins une fois ce taux est de 41,5% pour plus de 3 CPN.

## **PRONOSTIC FOETO-MATERNEL :**

La pratique obstétricale dans un pays en développement où l'on constate le faible niveau de la couverture sanitaire, la qualité peu satisfaisante du plateau technique, le manque d'information sur la césarienne antérieure (qualité de la cicatrice utérine), conduisent souvent à réaliser des césariennes d'urgences itératives de prudence.

Dans notre série le taux de césarienne d'urgence sur utérus cicatriciel a été de 24,6%.

Ce taux est lié au fait que la plupart des cas sont vus ou évacués au cours du travail. Dans ces situations la prise en charge s'opère dans un contexte d'urgence. Ce taux est supérieur à ceux d'Ali OUATTARA [18] et A. DEMBELE [17] qui ont respectivement trouvé 10,7% et 15,2% de césarienne sur utérus cicatriciels.

La souffrance fœtale aigüe a été la principale indication des césariennes pratiquées en urgences, soit 41,1% (102 cas).

L'utérus unicatriciel ne conduit pas forcément à poser l'indication de la césarienne.

Beaucoup d'auteurs considèrent que l'examen du bassin n'est pas un facteur pronostic fiable et que l'intérêt de la radiopelvimétrie est indispensable après une césarienne. Pour KRISHNAMURTHY [23], elle n'apporte aucun bénéfice et pour THURNAU [11], seule une confrontation céphalo-pelvienne est intéressante.

Dans notre série 5,2% des parturientes avaient une taille inférieure à 150 cm. L'examen radiologique (Radiopelvimétrie) du bassin s'avère indispensable pour autoriser l'épreuve utérine chez ces parturientes de petite taille parfois naines, dont le bassin est généralement rétréci ou chirurgical.

Cette attitude rejoint celle de NIELSEN [6], pour qui la pelvimétrie permet de réduire le nombre de césarienne en cours de travail sans altérer le taux global d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel.

La fréquence de l'épreuve utérine dans notre série a été de 75,4% ; ce taux inférieur à ceux d'Ali OUATTARA [2] : 88,6% ; VAN DER WALT [32] : 79,4% ; ROZENBERG [31] : 80,5%. Il est supérieur à ceux de TSHILOMBO [30], 74,5% ; et de A. DEMBELE [17] : 21,9%.

La faible fréquence de succès de l'épreuve utérine s'explique par une attitude de prudence face à ces cas où l'utilisation des ocytociques est contre indiquée. Elle se justifie au regard des moyens limités de surveillance du travail d'accouchement (absence de monitoring, de PH-métrie). A noter que la révision utérine a été systématique dans notre série.

L'épreuve utérine peut être envisagée dans la prise en charge des cas sans la surveillance électrocardiographique ; le monitoring malgré ses avantages n'est pas indispensable pour la surveillance du travail. La surveillance clinique que nous utilisons est peu fiable surtout en ce qui concerne le diagnostic de souffrance fœtale.

**Facteurs prédictifs de succès de l'épreuve utérine :** il s'agit,

-d'antécédents d'accouchement par voie basse de la parturiente avant la 1ère césarienne : Benzineb [19] trouve que le pourcentage des femmes qui ont réussi leur épreuve utérine est plus élevé lorsqu'il y a eu un ou plusieurs accouchements par voie basse avant la césarienne antérieure.

-d'antécédents d'accouchement par voie basse après la césarienne : c'est un facteur qui augmente significativement le taux d'accouchements ultérieurs normaux selon Benzineb [19].

-d'indication de la césarienne : une césarienne antérieure dont l'indication n'est pas liée à une anomalie du bassin.

**d. La césarienne sur utérus cicatriciel :**

Le type d'incision :

Durant la période d'étude toutes les hystérotomies réalisées étaient segmentaires basses transversales. Ceci s'explique par notre souci majeur d'obtenir des cicatrices utérines de bonne qualité.

On trouve chez : Ali OUATTARA [18], 99,6% d'hystérotomie segmentaire basse transversale et 0,4% d'hystérotomie corporéale à cause des adhérences rendant le décollement de la vessie impossible ; A. BA [20], 98% d'hystérotomie segmentaire basse transversale et 2% d'incision corporéale ; LEBRUN F [12], 98,3% d'incision segmentaire basse transversale, 1,5% de segmento corporéale et 0,2% de corporéale.

### **Les gestes associés :**

Ligature résection des trompes :

Nous avons trouvé un taux de ligature et résection des trompes de 6%. Ce taux faible s'explique par le fait que la ligature et résection des trompes n'est pas acceptée par tous les couples. Ce taux est inférieur à ceux de EL MANSOURI [14] avec 26%, d'Ali OUATTARA [18] 10,8%, de Aissata BA [20] 8,7% et de LEBRUN [12] 14,4%.

### **e. La rupture sur utérus cicatriciel :**

Nous avons enregistré 5,6% de rupture franche, ce taux est proche de celui de TSHILOMBO [11] : 5,5%, il est supérieur à ceux de : A. DEMBELE [17] : 1,86%, BAETA S. [3] : 2,1% ; DIADHOU MT [15] : 3,1% ; PICAUD [29] : 4,9%, et inférieur à celui d'Ali OUATTARA [18] : 19% ; A HAMET [2] : 6,2%.

A noter pendant la période d'étude, l'adhésion de certains prestataires des CSCOM et CSRéf à notre schémas thérapeutique ceci grâce à la rétro-information faite systématiquement et régulièrement.

Notre taux de rupture utérine reste cependant supérieur à ceux de MELLIER G [9] en France : 0,8% ; NIELSEN T.F [6] en Suède: 0,1% ; pays où les ruptures utérines sont rares.

**f. Complications post opératoires :**

**Mère :**

Nous avons enregistré: **16%** d'endométrite,

**24%** de suppuration pariétale

**12%** d'anémie du post-partum.

Nous n'avons pas enregistré de cas de décès maternel.

**Nouveau-nés :**

Dans **10,04%** des cas, après la naissance, le score d'Apgar était inférieur à 7 suites à des détresses respiratoires. Ce taux est inférieur à celui de

A DEMBELE [17] : 17,73%.

Ce taux élevé de 10,04% pourrait s'expliquer par le retard à l'évacuation des parturientes et/ou par les moyens limités de réanimation du nouveau né.

**Nous avons déploré 2 cas de décès néonatal soit 0,8%**

## VI. CONCLUSION

Au terme de cette étude rétrospective de l'accouchement sur utérus cicatriciel à la maternité du CSRéf CIV sur une période de 12 mois allant du 1er Janvier au 31 Decembre 2009, il ressort que :

✓ l'accouchement sur utérus cicatriciel a représenté 5,07% des accouchements effectués au CSRéf CIV dont 87,5% d'utérus unicatriciel et 10,9% d'utérus bicatriciel.

✓ ces femmes avaient un âge moyen de 28 ans dans 54,2% des cas et effectué au moins 3 CPN.

✓ elles étaient pour la plupart de grandes multipares (64,1%) avec un intervalle intergénésiq ue entre 2 et 3 ans dans 57,3% des cas.

✓ elles ont accouché dans la majorité des cas par voie basse (3 fois sur 4)

✓ seulement 6% de cas de ligature et résection des trompes ont été effectués et 5,6% de rupture utérine franche ont été enregistrées.

Ainsi l'épreuve utérine bien conduite permet d'éviter un grand nombre de césariennes itératives dont la morbidité et la mortalité sont plus élevées que celles observées après un accouchement par voies naturelles.

Les facteurs prédictifs de succès de l'épreuve utérine sont: l'indication de la césarienne antérieure et l'antécédent d'accouchement par voie basse avant et/ou après la césarienne.



## VII. RECOMMANDATIONS:

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

### ➤ **Aux femmes enceintes :**

- Fréquenter les consultations prénatales dès le début de la grossesse,
- Respecter les recommandations faites au cours des CPN,
- Accoucher en milieu chirurgical.

### ➤ **A la communauté et aux ASACO :**

Sensibiliser la communauté au système de **Référence/Evacuation**, sur le suivi de la grossesse et l'accouchement sur utérus cicatriciels.

### ➤ **Aux prestataires :**

• Sensibiliser les gestantes sur l'importance des consultations prénatales et sur les signes de gravité liés aux utérus cicatriciels,

- Référer à temps les gestantes porteuses d'utérus cicatriciel
- Remplir correctement les dossiers médicaux et compte-rendus opératoires, en y portant les renseignements sur les suites opératoires, le type d'incision utérine.

- Faire systématiquement le feed-back des cas évacués.

### ➤ **Aux Autorités :**

- Renforcer le plateau technique par la dotation en appareil de monitoring,
- Assurer la formation continue des prestataires,
- Renforcer le système de référence – évacuation par un appui en logistique, ressources humaines et financières.

## **VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **1. PICAUD A, NLOMENZE AR, OGOWET N, MOUELY G:**

Les ruptures utérines. A propos de 31 cas observés au centre hospitalier de Libreville. Rev Fr. Gynécol Obstét 1989, 84: 411-41.

### **2. A. HAMET TIDJANI, GALLAIS A, GARBA M :**

L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger : A propos de 590 cas. Médecine d'Afrique. Noire : février 2001, tome 48 (2) : 63-66.

### **3. BAETA S, TETE VK ; IHOU KA ; NYAME AN, AKPADZA KS :**

Pronostic Obstétrical des gestantes porteuses de cicatrice de césarienne. A propos de 282 cas pris en charge au CHU de Lomé (Togo) congrès de la SAGO 2003.

**4. BEN AMOR M :** Pronostic de l'accouchement de la femme antérieurement césarisée. A propos de 511cas. Thèse de Médecine N°38, Tunis 1994.

### **5. CISSE CT ; EWAGNIGNON E ; TEROLBE I ; DIADHOU F:**

Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. J Gynécol Biol Reprod 1999 ; 28 ; 6: 556-562.10.

**6. MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J :** Précis d'obstétrique, 6ème édition, Masson, Paris, 1995.

### **7. PAPIERNICK E., CABROL D., PONS J-C :**

Obstétrique (Médecine Sciences) Edition Flammarion 1984, Chapitre 78:985-1004 et chapitre 92:1191-1204.

### **8. MEEHAN PF, MOOLGAOKER AS, STALLWORTHY J:**

Vaginal delivery under caudal analgesia after cesarean section and other major uterine surgery. Br Med J, 1972, 2: 740-742.

### **9. MELLIER G, FOREST AM, KACEM R, MERMET J:**

L'utérus cicatriciel : conduite à tenir. Rev Fr Gynécol Obstét, 1986 ; 81, 223-228.

**10. REVUE DE LA LITTERATURE ADAPTEE DE PERROYIN F, MARRET H, FIGNON A, BODY G, LANSAC J :**

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

**11. Thurnau Gr, Scates DH, Morgan Ma:**

The fetal-pelvic index: a method of identifying fetal-pelvic disproportion in women attempting vaginal birth after previous cesarean delivery Am J obstet Gynecol 1991; 165:353-8.

**12. LEBRUN F, AMIEL- TISON C, SUREAU C :**

Conduite à tenir devant un utérus cicatriciel. La Tunisie Médicale 1995 ; 42 : 391-6.

**13. LANSAC J, BERGER C, MAGNIN G:**

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

**14. EL MANSOURI A :** Accouchements sur utérus cicatriciel. A propos de 150 cas. Rev. Fr Gynécol. Obstét, 1994, 89, 12, 606-612.

**15. DIADHIOU M T ; MOREIRA P ; DIOUF A ; FAYE EO ; MOREAU JC ; DIADHIOU F :**

L'accouchement sur utérus cicatriciel : résultats préliminaires à propos de 288 cas. Congrès de la SAGO : Bamako 2003.

**16. CISSE CT, ADRIAMADY C, FAYE EO, DIOUF A, BOUILLIN D, DIADHIOUF :** Indications et pronostic de l'opération césarienne au CHU de Dakar. J. Gynécol Obstét Biol Reprod 1995 ; 24 : 197-9.

**17. A. DEMBELE :** Etude de l'accouchement sr utérus cicatriciels dans le csref CVI du district de Bamako. Thèse de Med. 2009.

**18. Ali OUATTARA :** Accouchement sur utérus cicatriciel au CSRéf CV du District de Bamako à propos de 570 cas. These de Med. 2004, 85p -

**19. BENZINEB N, BELLASFAR B, BOUGUERRA B, AMRI M T, SFAR R :** Accouchement par voie basse après césarienne. A propos de 173 épreuves utérines. Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1998, 93, 4, 282-284.

**20. A. BA :** Thèse de Médecine – Grossesse et accouchement sur utérus cicatriciel (à propos d’une étude cas- Témoins) Bamako MALI : 03- M 72

**21. ANDERSON GM,**

Determinants Of the increasing cesarean birth rate. N Engl J Med 1994 ; 311: 887-92.

**22. ENQUETE DEMOGRAPHIQUE DE SANTE QUATRIEME EDITION** (EDS IV ; Bamako 2010).

**23. Krishnamurthy S, Fairlie F, Cameron A, Walker J, Mackenzie J**

The role of postnatal X-ray pelvimetry after cesarean section in the management of subsequent delivery. Br. J Obstet Gynecol; 1991,98: 716-8.

**24. BOISSELIER P, MAGHIORACOS P, MARPEAU L**

Evolution dans les indications de césariennes .

J Gynécol Obstét Biol Reprod 1987 ; 16 :251-60. **25. FLAMM BL, 25. 25.**

**Newman LA, Thomas SJ, FALLON D, YOSHIDA MM**

Vaginal birth after cesarean delivery: result of a 5 year multi-center collaborative study. Obstet Gynecol 1990 ; 76 : 750-4.

**26. VAN DER WALT WA, CRONJE HS, BAM RH**

Vaginal delivery after one cesarean section. Gynecol Obstet1994; 46: 271-7.

**27. TSHILOMBO KM, MPUTU L, NGUMA M, WOLOMBY M, TOZIN R, YANGA K.**

Accouchement chez la gestante zairoise antérieurement césarisée. J. Gynécol Obstét Biol Reprod1991; 20: 568-74.

**28. VAN ROOSMALEN J:** Vaginal birth after cesarean section in rural Tanzania. Int J Gynecol Obstet 1991; 34.

**29. PICAUD A, NLOME NZE AR OGOWET N**

L'accouchement des utérus cicatriciels Rev Fr Gynécol Obstét 1990 ; 85 : 387-92.

**30. Tarik KHARRASSE :** Accouchement sur utérus cicatriciel (A propos de 614 cas) thèse de Méd N18 Casablanca MAROC 2006.

## FICHE D'ENQUETE

N° Dossier /\_\_\_\_\_/

### I- Identification de la parturiente :

Q1 Prénoms et Nom /\_\_\_\_\_/

Q2 Age /\_\_\_\_\_/

Q3 Profession /\_\_\_\_\_/

1=Ménagère 2=Elève /Etudiante 3=Fonctionnaire 4= Autre

Q4 Ethnie /\_\_\_\_\_/

1= Bambara 2=Malinké 3=Soninké 4=Peulh 5=Sonrhai 6=Autre

Q5 Adresse /\_\_\_\_\_/

1=Lafiabougou 2=Hamdallaye 3= Djikoroni para  
4=Sébénicoro/Sibirbougou 5=Autre

Q6 Statut matrimonial /\_\_\_\_\_/

1=Célibataire 2=Mariée 3=Divorcée 4= Veuve

Q7 Niveau d'étude /\_\_\_\_\_/

1=Primaire 2= Secondaire 3=Supérieur 4=Non scolarisée

### II- Admission :

Q8 Date et heure/\_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_/ à /\_\_\_h\_\_\_mn/

Q9 Mode d'admission/\_\_\_\_\_/

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

Q10 Si Référée/Evacuée, préciser le lieu/\_\_\_\_\_/

Q11 Motif d'admission /\_\_\_\_\_/

Q12 Moyen de transport /\_\_\_\_\_/

1=Ambulance 2=Transport en commun 3=Voiture personnel 4=Autre

### III- Antécédents :

Q13 Médicaux /\_\_\_\_\_/

0=Néant 1=HTA 2=Asthme 3=Drépanocytose 4=Diabète 5=Autre

Q14 Familiaux /\_\_\_\_\_/

0=Néant 1=HTA 2=Asthme 3=Drépanocytose 4=Diabète 5=Autre

**Obstétricaux :**

**Q15** Gestité /\_\_\_\_/

1=Primigeste    2=Paucigeste    3=Multigeste

**Q16** Parité /\_\_\_\_/

1=Primipare    2=Paucipare    3=Multipare

**Q17** Nombre d'enfants vivants /\_\_\_\_/

1=0    2=1-2    3=3-5    4=>5

**Q18** Nombre d'enfants décédés /\_\_\_\_/

1=0    2=1-2    3=3-5    4=>5

**Q19** Nombre d'avortements /\_\_\_\_/

1=0    2=1-2    3=3-5    4=>5

**Q20** IIG /\_\_\_\_/

1=<1an    2=1an    3=2-3ans    4= $\geq$ 4ans

**Q21** Nombre de CPN /\_\_\_\_/

1=Aucune    2=1-3    3= $\geq$ 4

**Q22** Chirurgicaux /\_\_\_\_/

1=Myomectomie    2=Césarienne antérieure    3= Col cicatriciel    4= Autre

**Q23** Si autre, préciser/\_\_\_\_\_/

**Q24** Si césarienne antérieure, préciser

Le nombre /\_\_\_\_/

L'indication /\_\_\_\_/

L'année /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**IV- Examen clinique :**

**A/ Examen général :**

**Q25** Etat général /\_\_\_\_/

1=Bon    2=Passable    3=Altéré

**Q26** Conjonctives /\_\_\_\_/

1=Bien colorées    2=Moyennement colorées    3=Pâles

**Q27** Température /\_\_\_\_/

1=  $\leq 38,3^{\circ}\text{c}$     2=  $\geq 38,3^{\circ}\text{c}$

**Q28** TA (cmHg) /\_\_\_/\_\_\_/

**Q29** Pouls (pulsations/mn) /\_\_\_\_/

**Q30** Taille (cm) /\_\_\_\_/

1= <150    2=  $\geq 150$

**Q31** Poids /\_\_\_\_/

**B/ Examen obstétrical :**

**Q32** Axe de l'utérus /\_\_\_\_/

1=Longitudinal    2=Oblique    3=Transversal    4=Autre

**Q32a** Si autre, préciser /\_\_\_\_\_/

**Q33** Type de cicatrice abdominale /\_\_\_\_/

1=IMSO    2=Pfannenstiel    3=Joël cohen

**Q34** Contraction utérine (fréq/10mn) /\_\_\_\_/

**Q35** Dos du fœtus /\_\_\_\_/

1=Agauche    2=A droite    3=Non apprécier

**Q36** BCF (bat/mn) /\_\_\_\_/

1= <120    2=120-160    3= $\geq 160$

**Q37** Hauteur utérine (cm) /\_\_\_\_/

**Q38** Type de présentation /\_\_\_\_/

**Q39** Niveau d'engagement /\_\_\_\_/

1=Engagé    2=Non engagé

**Q40** Col

**Q40a** Dilatation /\_\_\_\_/

**Q40b** Direction /\_\_\_\_/

1=Antérieure    2=Centrale    3=Postérieure

**Q40c** Longueur (cm) /\_\_\_\_/

1= <1/2    2= 1/2    3=Effacé



**Q41 PDE**

**Q41a** Etat /\_\_\_\_\_/

1=Intacte 2=Rompue

**Q42b** Si rompue /\_\_\_\_\_/

1=Prématurée 2=Précoce 3=Tempestive

**Q43c** Si RPM, préciser la date et l'heure /\_/\_/\_/ à /\_h/\_mn/

**Q44** Couleur du liquide /\_\_\_\_\_/

1=Clair 2=Précoce 3=Hématique 4=Purée de pois

**Q45a** Bassin /\_\_\_\_\_/

1=Normal 2=Limite 3=BGR 4=Autre

**Q45b** Si autre, préciser /\_\_\_\_\_/

**Q46** Pronostic de la voie d'accouchement /\_\_\_\_\_/

1=Voie basse 2=Césarienne

**Q47** Si césarienne

**Q47a** Indication opératoire /\_\_\_\_\_/

**Q47b** Difficultés opératoires /\_\_\_\_\_/

**Q47c** Complications per opératoires /\_\_\_\_\_/

0=Néant 2=Hémoorragie 3=Troubles de coagulation 4=Lésions vasculaires 4=Lésions urinaires (vessie, fistules, uretères) 5=Autre

**Q47d** Décès maternel /\_\_\_\_\_/

1=Oui 2=Non

**Q47e** Complications post opératoires immédiates /\_\_\_\_\_/

1=Oui 2=Non

Si oui préciser /\_\_\_\_\_/

**V- Délivrance :**

**Q48** Nature /\_\_\_\_\_/

1=Active 2=Naturelle 3=Artificielle

**Q49** Poids du placenta (g) /\_\_\_\_\_/

**Q50** Insertion placentaire / \_\_\_\_/

1=Centrale 2=Paracentrale 3=Vélamenteuse 4=Raquette 5=Latérale

**Q51** Intégrité des membranes / \_\_\_\_/

1=Oui 2=Non

**Q52** Point de rupture / \_\_\_\_/

1=Oui 2=Non

**Q53** Révision utérine systématique / \_\_\_\_/

1=Oui 2=Non

**Q54** Perfusion d'Ocytocine systématique / \_\_\_\_/

1=Oui 2=Non

**Q55** Hémorragie de la délivrance / \_\_\_\_/

1=Oui 2=Non

**Q56** Globe de sécurité / \_\_\_\_/

1=Oui 2=Non

**VI- Durée du travail :**

**Q57** Durée totale du travail / \_\_\_\_/

**VII- Nouveau-né :**

**Q58** Nombre / \_\_\_\_/

**Q59a** Etat à la naissance / \_\_\_\_/ 1=Vivant 2=Mort

**Q59b** Sexe / \_\_\_\_/ 1= Masculin 2= Féminin

**Q59c** Score d'Apgar 1<sup>ère</sup> mn/\_\_\_/ 10/ 5<sup>ème</sup> mn/\_\_\_/10/

**Q59d** Poids (g) / \_\_\_\_/

**Q59e** Taille (cm) / \_\_\_\_/

**Q59f** PC (cm) / \_\_\_\_/

**Q60a** Si 2<sup>ème</sup> enfant, Apgar 1<sup>ère</sup> mn/\_\_\_/ 10/ 5<sup>ème</sup> mn/\_\_\_/10/

**Q60b** Sexe / \_\_\_\_/ 1= Masculin 2= Féminin

**Q60c** Poids (g) / \_\_\_\_/

**Q60d** Taille (cm) / \_\_\_\_/

**Q60e** PC (cm) / \_\_\_\_/

**Q61** Décès néonatal /\_\_\_\_\_/

1=Oui 2=Non

**Q62** Si décès néonatal, préciser l'âge (j)/\_\_\_\_/ et la cause /\_\_\_\_\_/

**VIII- Suites de couche :**

**Q63** Montée laiteuse /\_\_\_\_\_/

1=Avant 3<sup>ème</sup> Jour 2=Après 3<sup>ème</sup> jour

**IX- Pathologie de suites de couche :**

**Q64** Pathologie /\_\_\_\_\_/

0=Néant 1=Endométrite 2=Suppuration pariétale 3=Psychose puerpérale

4=Accidents thromboemboliques 5=Anémie du post partum 6=Autre

**Q66a** Si autre, préciser /\_\_\_\_\_/

**X- Consultation post natale**

**Q67** CPON faite /\_\_\_\_\_/

**Q68** Hospitalisation /\_\_\_\_\_/

1=Oui 2=Non

**Q69** Durée d'hospitalisation /\_\_\_\_\_/

**Q70** Ligature résection des trompes/\_\_\_\_\_/

1=Oui 2=Non

**FICHE SIGNALETIQUE :**

**Nom :** DIARRA

**Prénom :** Boubacar

**Titre de la thèse :** L'accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako en 2009.

**Année de soutenance :** 2011 - 2012

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odontostomatologie.

**Résumé :**

Dans le souci d'améliorer la prise en charge de l'accouchement sur utérus cicatriciel, nous avons mené une étude rétrospective de l'accouchement sur utérus cicatriciel sur une période d'un an de janvier à décembre 2009 au centre de santé de la commune IV du district de Bamako. Nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

- Etudier les accouchements sur utérus cicatriciels dans le CSRéf C IV du district de Bamako de Janvier à Décembre 2009.
- Déterminer la fréquence des accouchements sur utérus cicatriciel pendant la période d'étude ;
- Déterminer les caractéristiques socio-démographiques des patientes ;
- Identifier les facteurs de risques associés aux utérus cicatriciels ;
- Préciser les indications de césarienne sur l'utérus cicatriciel ;
- Apprécier le pronostic materno-fœtal.

Au terme de cette étude, les résultats escomptés sont les suivants :

- la fréquence d'utérus cicatriciel a été de **5,07%** dont :
  - 83,46% d'utérus unicitriciel,
  - 12,5% d'utérus bicicitriciel,
  - 3,6% de myomectomie,
  - 0,4% de col cicatriciel,

- le taux d'accouchement par voie basse a été de **75,4%**,
- le taux de césarienne d'urgence a été de **24,6%**,
- le taux de rupture utérine a été de **5,6%** sur utérus cicatriciel.

**Mots clés :** Accouchement, utérus cicatriciel, épreuve utérine, césarienne, pronostic materno-foetal.

## **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 que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre les mœurs, ni à favoriser le crime.**

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

**Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.**

**Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.**

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

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

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

Je le jure