

MNISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



Université des Sciences,
Des Techniques et des Technologies
de Bamako (USTTB)

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



Faculté de Médecine et d'Odonto-
stomatologie (FMOS)

Thèse N °40

Année universitaire : 2020 - 2021

TITRE

**PROBLEMATIQUE DE L'ACCOUCHEMENT SUR UTERUS
CICATRICIEL AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 17/05/2021 devant le jury de la Faculté
de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par : **M. Al-Hassan DIABATE**

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

JURY:

PRESIDENT : Pr Birama TOGOLA

MEMBRE : Dr Mamadou Salia TRAORE

CO-DIRECTEUR : Dr Mamadou KEITA

DIRECTEUR : Pr Tioukani Augustin THERA

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 – 2020

ADMINISTRATION

DOYEN : Mr Seydou DOUMBIA - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : Mme Mariam SYLLA - PROFESSEUR
SECRETAIRE PRINCIPAL : Mr Monzon TRAORE - MAITRE ASSISTANT
AGENT COMPTABLE : Mr Yaya CISSE - INSPECTEUR DU TRESOR



LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Mr Yaya FOFANA | Hématologie |
| 2. Mr Mamadou L. TRAORE | Chirurgie Générale |
| 3. Mr Mamadou KOUMARE | Pharmacologie |
| 4. Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine interne |
| 5. Mr Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |
| 6. Mr Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| 7. Mr Siné BAYO | Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie |
| 8. Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique |
| 9. Mr Abdoulaye Ag RHALY | Médecine Interne |
| 10. Mr Boukassoum HAIDARA | Législation |
| 11. Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
| 12. Mr Massa SANOGO | Chimie Analytique |
| 13. Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| 14. Mr Abdou Alassane TOURE | Orthopédie - Traumatologie |
| 15. Mr Daouda DIALLO | Chimie Générale & Minérale |
| 16. Mr Issa TRAORE | Radiologie |
| 17. Mr Mamadou K. TOURE | Cardiologie |
| 18. Mme SY Assitan SOW | Gynéco-Obstétrique |
| 19. Mr Salif DIAKITE | Gynéco-Obstétrique |
| 20. Mr Abdourahmane S. MAIGA | Parasitologie |
| 21. Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| 22. Mr Amadou DIALLO | Zoologie - Biologie |
| 23. Mr Mamadou L. DIOMBANA | Stomatologie |
| 24. Mr Kalilou OUATTARA | Urologie |
| 25. Mr Amadou DOLO | Gynéco- Obstétrique |
| 26. Mr Baba KOUMARE | Psychiatrie |
| 27. Mr Bouba DIARRA | Bactériologie |
| 28. Mr Bréhima KOUMARE | Bactériologie – Virologie |
| 29. Mr Toumani SIDIBE | Pédiatrie |
| 30. Mr Souleymane DIALLO | Pneumologie |
| 31. Mr Bakoroba COULIBALY | Psychiatrie |
| 32. Mr Seydou DIAKITE | Cardiologie |
| 33. Mr Amadou TOURE | Histo-embryologie |
| 34. Mr Mahamane Kalilou MAIGA | Néphrologie |
| 35. Mr Filifing SISSOKO | Chirurgie Générale |
| 36. Mr Djibril SANGARE | Chirurgie Générale |
| 37. Mr Somita KEITA | Dermato-Léprologie |
| 38. Mr Bougouzié SANOGO | Gastro-entérologie |
| 39. Mr Alhousseini Ag MOHAMED | O.R.L. |
| 40. Mme TRAORE J. THOMAS | Ophthalmologie |
| 41. Mr Issa DIARRA | Gynéco-Obstétrique |
| 42. Mme Habibatou DIAWARA | Dermatologie |
| 43. Mr Yeya Tiémoko TOURE | Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique |
| 44. Mr Sékou SIDIBE | Orthopédie Traumatologie |
| 45. Mr Adama SANGARE | Orthopédie Traumatologie |
| 46. Mr Sanoussi BAMANI | Ophthalmologie |
| 47. Mme SIDIBE Assa TRAORE | Endocrinologie-Diabetologie |
| 48. Mr Adama DIAWARA | Santé Publique |
| 49. Mme Fatimata Sambou DIABATE | Gynéco- Obstétrique |
| 50. Mr Bokary Y. SACKO | Biochimie |

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 51. Mr Moustapha TOURE | Gynécologie/Obstétrique |
| 52. Mr Boubakar DIALLO | Cardiologie |
| 53. Mr Dapa Aly DIALLO | Hématologie |
| 54. Mr Mamady KANE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 55. Mr Hamar A. TRAORE | Médecine Interne |
| 56. Mr. Mamadou TRAORE | Gynéco-Obstétrique |
| 57. Mr Mamadou Souncalo TRAORE | Santé Publique |
| 58. Mr Mamadou DEMBELE | Médecine Interne |
| 59. Moussa Issa DIARRA | Biophysique |
| 60. Mr Kassoum SANOGO | Cardiologie |
| 61. Mr Arouna TOGORA | Psychiatrie |
| 62. Mr Souleymane TOGORA | Odontologie |



LES ENSEIGNANTS DECEDES

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| Mr Mohamed TOURE | Pédiatrie |
| Mr Alou BA | Ophtalmologie |
| Mr Bocar SALL | Orthopédie Traumatologie - Secourisme |
| Mr Balla COULIBALY | Pédiatrie |
| Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP | Chirurgie Générale |
| Mr Moussa TRAORE | Neurologie |
| Mr Yénimégué Albert DEMBELE | Chimie Organique |
| Mr Anatole TOUNKARA | Immunologie |
| Mr Bou DIAKITE | Psychiatrie |
| Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO | Pneumologie |
| Mr Modibo SISSOKO | Psychiatrie |
| Mr Ibrahim ALWATA | Orthopédie – Traumatologie |
| Mme TOGOLA Fanta KONIPO | ORL |
| Mr Bouraïma MAIGA | Gynéco/Obstétrique |
| Mr Mady MACALOU | Orthopédie/Traumatologie |
| Mr Tiémoko D. COULIBALY | Odontologie |
| Mr Mahamadou TOURE | Radiologie |
| Mr Gangaly DIALLO | Chirurgie Viscérale |
| Mr Ogobara DOUMBO | Parasitologie – Mycologie |
| Mr Mamadou Dembélé | Chirurgie Générale |
| Mr Sanoussi Konaté | Santé Publique |
| Mr Abdoulaye Diallo | Ophtalmologie |
| Mr Ibrahim ONGOIBA | Gynécologie/Obstétrique |
| Mr Adama DIARRA | Physiologie |
| Mr Massambou SACKO | Santé Publique |

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Mr Nouhoum ONGOIBA | Anatomie & Chirurgie Générale |
| 2. Mr Zimogo Zié SANOGO | Chirurgie Générale |
| 3. Mr Mohamed Amadou KEITA | ORL |
| 4. Mr Youssouf COULIBALY | Anesthésie-Réanimation |
| 5. Mr Sadio YENA | Chirurgie Thoracique |
| 6. Mr Djibo Mahamane DIANGO | Anesthésie-Réanimation |
| 7. Mr Adegné TOGO | Chirurgie Générale |
| 8. Mr Samba Karim TIMBO | ORL et Chirurgie cervico-faciale, Chef de D.E.R |
| 9. Mr Aly TEMBELY | Urologie |
| 10. Mr Abdoulaye DIALLO | Anesthésie – Réanimation |
| 11. Mr Bakary Tientigui DEMBELE | Chirurgie Générale |
| 12. Mr Alhassane TRAORE | Chirurgie Générale |
| 13. Mr Yacaria COULIBALY | Chirurgie Pédiatrique |
| 14. Mr Drissa KANIKOMO | Neurochirurgie |
| 15. Mr Oumar DIALLO | Neurochirurgie |

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
2. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
3. Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
4. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
5. Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
7. Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
8. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
9. Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
10. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
11. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
12. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
13. Mr Hamady TRAORE	Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale
14. Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
15. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
16. Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
17. Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
18. Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
19. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
20. Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
21. Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
22. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
23. Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
24. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
25. Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
26. Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
27. Mme Fatoumata SYLLA	Ophthalmologie
28. Mr Tioukany THERA	Gynécologie



3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
2. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
3. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
4. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
5. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
6. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
7. Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
8. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
9. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
10. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
11. Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
12. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
13. Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
14. Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
15. Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
16. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
17. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
18. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
19. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
20. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
21. Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
22. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
23. Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
24. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
25. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
26. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
27. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
28. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
29. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation

30. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
31. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
32. Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
33. Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
34. Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
35. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
36. Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
37. Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
38. Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
39. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
41. Mr Bougadary Coulibaly	Prothèse Scellée
42. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
43. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
44. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
45. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
46. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
47. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
48. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
49. Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
50. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
51. Mr Louis TRAORE	Orthopédie Traumatologie
52. Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
53. Mr Alhousseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
54. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
55. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
56. Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
57. Mr Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
58. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
59. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
60. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
61. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
62. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
63. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
64. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
65. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
66. Mr Ibrahima Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
67. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
68. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire



4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------|--------------|
| 1. Mme Lydia B. SITA | Stomatologie |
|----------------------|--------------|

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. Mr Ibrahim I. MAIGA | Bactériologie – Virologie |
| 2. Mr Cheick Bougadari TRAORE | Anatomie-Pathologie Chef de DER |
| 3. Mr Bakarou KAMATE | Anatomie Pathologie |
| 4. Mr Mahamadou A. THERA | Parasitologie -Mycologie |

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------|----------------------------------|
| 1. Mr Djibril SANGARE | Entomologie Moléculaire Médicale |
| 2. Mr Guimogo DOLO | Entomologie Moléculaire Médicale |
| 3. Mr Bakary MAIGA | Immunologie |
| 4. Mme Safiatou NIARE | Parasitologie – Mycologie |
| 5. Mr Karim TRAORE | Parasitologie – Mycologie |

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 1. Mr Abdoulaye KONE | Parasitologie– Mycologie |
|----------------------|--------------------------|

2. Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
3. Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie
4. Mme Aminata MAIGA	Bactériologie Virologie
5. Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6. Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
7. Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
8. Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
10. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
11. Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
12. Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
13. Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
14. Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
15. Mr Nouhoum SAKO	Hématologie/Oncologie Cancérologie
16. Mme Mariam TRAORE	Pharmacologie
17. Mr Saïdou BALAM	Immunologie
18. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie
19. Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
20. Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche
Biomédicale	
21. Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
2. Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
3. Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
4. Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
5. Mme Assitan DIAKITE	Biologie
6. Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire



D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
2. Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
4. Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
5. Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6. Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
7. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
8. Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
9. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
10. Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
11. Mr Youssef Mamoudou MAIGA	Neurologie
12. Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phthisiologie Chef de DER
13. Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
14. Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
2. Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
3. Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
4. Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
5. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
6. Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
7. Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
8. Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
9. Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
10. Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
11. Bah KEITA	Pneumo-Phthisiologie

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| 12. Mr Japhet Pobanou THERA | Médecine Légale/Ophthalmologie |
| 13. Mr Mahamadou DIALLO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 14. Mr Adama Aguisa DICKO | Dermatologie |

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Mr Mahamadoun GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr Salia COULIBALY | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 3. Mr Koniba DIABATE | Radiothérapie |
| 4. Mr Adama DIAKITE | Radiothérapie |
| 5. Mr Aphou Sallé KONE | Radiothérapie |
| 6. Mr Mody Abdoulaye CAMARA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 7. Mr Mamadou N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 8. Mme Hawa DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 9. Mr Issa CISSE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 10. Mr Mamadou DEMBELE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 11. Mr Ouncoumba DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 12. Mr Ilias GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 13. Mr Abdoulaye KONE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 14. Mr Alassane KOUMA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 15. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 16. Mr Souleymane SANOGO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 17. Mr Ousmane TRAORE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 18. Mr Boubacar DIALLO | Médecine Interne |
| 19. Mme Djenebou TRAORE | Médecine Interne |
| 20. Mr Djibril SY | Médecine Interne |
| 21. Mme Djénéba DIALLO | Néphrologie |
| 22. Mr Hamadou YATTARA | Néphrologie |
| 23. Mr Seydou SY | Néphrologie |
| 24. Mr Hamidou Oumar BA | Cardiologie |
| 25. Mr Massama KONATE | Cardiologie |
| 26. Mr Ibrahim SANGARE | Cardiologie |
| 27. Mr Youssouf CAMARA | Cardiologie |
| 28. Mr Samba SIDIBE | Cardiologie |
| 29. Mme Asmaou KEITA | Cardiologie |
| 30. Mr Mamadou TOURE | Cardiologie |
| 31. Mme COUMBA Adiaratou THIAM | Cardiologie |
| 32. Mr Mamadou DIAKITE | Cardiologie |
| 33. Mr Boubacar SONFO | Cardiologie |
| 34. Mme Mariam SAKO | Cardiologie |
| 35. Mme Hourouma SOW | Hépto-Gastro-Entérologie |
| 36. Mme Kadiatou DOUMBIA | Hépto-Gastro-Entérologie |
| 37. Mme Sanra Déborah SANOGO | Hépto-Gastro-Entérologie |
| 38. Mr Issa KONATE | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 39. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 40. Mr Yacouba CISSOKO | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 41. Mr Garan DABO | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 42. Mr Jean Paul DEMBELE | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 43. Mr Mamadou A.C. CISSE | Médecine d'Urgence |
| 44. Mr Seybou HASSANE | Neurologie |
| 45. Mr Guida LANDOURE | Neurologie |
| 46. Mr Thomas COULIBALY | Neurologie |
| 47. Mr Adama Seydou SISSOKO | Neurologie-Neurophysiologie |
| 48. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE | Pneumologie |
| 49. Mme Khadidia OUATTARA | Pneumologie |
| 50. Mr Pakuy Pierre MOUNKORO | Psychiatrie |
| 51. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY | Psychiatrie |
| 52. Mme Siritio BERTHE | Dermatologie |
| 53. Mme N'DIAYE Hawa THIAM | Dermatologie |
| 54. Mr Yamoussa KARABINTA | Dermatologie |
| 55. Mr Mamadou GASSAMA | Dermatologie |
| 56. Mr Belco MAIGA | Pédiatrie |
| 57. Mme Djeneba KONATE | Pédiatrie |
| 58. Mr Fousseyni TRAORE | Pédiatrie |



- | | |
|----------------------------------|--|
| 59. Mr Karamoko SACKO | Pédiatrie |
| 60. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE | Pédiatrie |
| 61. Mme Lala N'Drainy SIDIBE | Pédiatrie |
| 62. Mme SOW Djénéba SYLLA | Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition |
| 63. Mr Djigui KEITA | Rhumatologie |
| 64. Mr Souleymane SIDIBE | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 65. Mr Drissa Mansa SIDIBE | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 66. Mr Salia KEITA | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 67. Mr Issa Souleymane GOITA | Médecine de la Famille/Communautaire |

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| 1. Mr Boubacari Ali TOURE | Hématologie Clinique |
|---------------------------|----------------------|



D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. Mr Seydou DOUMBIA | Epidémiologie |
| 2. Mr Hamadoun SANGHO | Santé Publique, Chef de D.E.R. |
| 3. Mr Samba DIOP | Anthropologie Médicale et Ethique en santé |

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| 1. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO | Informatique Médicale |
|-----------------------------|-----------------------|

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Mr Hammadoun Aly SANGO | Santé Publique |
| 2. Mr Ousmane LY | Santé Publique |
| 3. Mr Ogobara KODIO | Santé Publique |
| 4. Mr Oumar THIÉRO | Biostatistique/Bioinformatique |
| 5. Mr Cheick Abou COULIBALY | Epidémiologie |
| 6. Mr Abdrahamane COULIBALY | Anthropologie Médicale |
| 7. Mr Moctar TOUNKARA | Epidémiologie |
| 8. Mr Nouhoum TELLY | Epidémiologie |
| 9. Mme Lalla Fatouma TRAORE | Santé Publique |
| 10. Sory Ibrahim DIAWARA | Epidémiologie |

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. Mr Seydou DIARRA | Anthropologie Médicale |
| 2. Mr Abdrahamane ANNE | Bibliothéconomie-Bibliographie |
| 3. Mr Mohamed Mounine TRAORE | Santé Communautaire |
| 4. Mr Housseini DOLO | Epidémiologie |
| 5. Mr Souleymane Sékou DIARRA | Epidémiologie |
| 6. Mr Yéya dit Sadio SARRO | Epidémiologie |
| 7. Mr Bassirou DIARRA | Recherche Opérationnelle |
| 8. Mme Fatoumata KONATE | Nutrition et Diététique |
| 9. Mr Bakary DIARRA | Santé Publique |

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Mr Ousseynou DIAWARA | Parodontologie |
| 2. Mr Amsalah NIANG | Odonto Préventive et Sociale |
| 3. Mr Souleymane GUINDO | Gestion |
| 4. Mme MAIGA Fatoumata SOKONA | Hygiène du Milieu |
| 5. Mr Rouillah DIAKITE | Biophysique et Médecine Nucléaire |
| 6. Mr Alou DIARRA | Cardiologie |
| 7. Mme Assétou FOFANA | Maladies Infectieuses |
| 8. Mr Abdoulaye KALLE | Gastroentérologie |
| 9. Mr Mamadou KARAMBE | Neurologie |
| 10. Mme Fatoua Sirifi GUINDO | Médecine de Famille |
| 11. Mr Alassane PEROU | Radiologie |
| 12. Mr Boubacar ZIBEIROU | Physique |

13. Mr Boubakary Sidiki MAIGA	Chimie Organique
14. Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie
15. Mr Issa COULIBALY	Gestion
16. Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
17. Mr Souleymane SAWADOGO	Informatique
18. Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
19. Mme Tenin KANOUTE	Pneumo- Phtisiologie
20. Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
21. Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
22. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
23. Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
24. Mr Aboubacar Sidiki Tissé KANE	OCE
25. Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
26. Mr Benoît Y KOUMARE	Chimie Générale
27. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
28. Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
29. Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
30. Mr Mamadou WELE	Biochimie
31. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
32. Mr Tietie BISSAN	Biochimie
33. Kassoum KAYENTA	Méthodologie de la recherche
34. Babou BAH	Anatomie

ENSEIGNANTS EN MISSION

- | | |
|--------------------|-------------|
| 1. Pr. Lamine GAYE | Physiologie |
|--------------------|-------------|

Bamako, le 25/08/ 2020

Le Secrétaire Principal



Dr Monzon TRAORE

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

AU NOM D'ALLAH, LE TOUT PUISSANT, LE CLEMENT ET MISERICORDIEUX

Je dédie ce travail à :

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

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

- **A mon cher père : Feu Souleymane DIABATE**

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

Vous m'avez inculqué le goût du travail, de la rigueur et de l'ambition

J'aurais voulu le mener à terme de votre vivant pour que vous soyez fier de moi mais rien ne peut entraver la volonté de Dieu.

Que Dieu vous fasse miséricorde.

Amen !

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

- **A ma chère mère : Fatoumata TRAORE**

En plus d'être ma mère, vous êtes pour moi une confidente ; Vous m'avez consolé ; rassuré quand je traversais encore ces moments difficiles. Vous m'avez comblé d'amour.

Que Dieu vous donne longue vie.

- **A mes frères et mes sœurs :**

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

REMERCIEMENTS

A mes frères et sœurs : Adama DIABATE, Yacouba DIABATE, Awa DIABATE, Maimouna DIABATE, Salimata DIABATE, Kadidiatou DIABATE, Barakissa DIABATE, Assanatou DIABATE

Merci pour vos soutiens inestimables.

A ma charmante épouse : Kadidiatou SACKO

Votre intégration à la famille a été une source de bonheur et d'épanouissement pour moi. Que Dieu vous donne une longue et heureuse vie et vous assiste pour la réalisation de tous vos vœux.

A mes amis : Mamadou TRAORE, Fotigui CISSSE, Dr Falé TRAORE, Dr Laya NIANGALY

Merci pour vos sages conseils et soutiens.

A mes maîtres du premier cycle, du second cycle et du lycée

Merci pour l'encadrement.

A Dr Amadou DIARRA

Sous votre apparence calme se cache une grande personnalité.

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

A Feu Dr Ibrahim ONGOIBA :

Aucun mot ne saurait exprimer ma reconnaissance, vous étiez toujours là pour me soutenir m'aider et m'écouter. Je prie Allah pour le repos éternel de votre âme et qu'IL vous fasse miséricorde.

A mes maîtres formateurs : Dr Modibo SOUMARE, Dr Modibo DICKO, Dr Mamadou KEITA, Dr Yacouba SYLLA

A La famille feu Moumine DIARRA : la famille qui m'a adopté et qui a tout portage avec moi y compris les joies et les peines. Je prie Dieu pour le repos éternel des défunts de la famille.

A La famille CAMARA : dont les membres m'ont toujours soutenu durant tout le parcours . Les mots me manquent pour vous remercier,

A Mamary KONE : Aucune phrase, aucun mot ne saurait exprimer à sa juste valeur le respect et l'amour que je porte pour vous. Vous m'avez entouré d'une grande affection, vous avez été toujours pour moi un grand support dans mes moments les plus difficiles.

Je vous remercie et prie Dieu le tout puissant qu'il vous accorde une bonne santé et une vie longue et heureuse.

A tous mes camarades Faisant Fonction d'Interne du centre de santé de référence de la commune I

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

Trouvez ici l'expression de ma profonde sympathie.

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

Pour votre soutien, vos qualités humaines, votre admiration.

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

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Birama TOGOLA

- **Maître de conférences en Chirurgie Générale à la FMOS**
- **Spécialiste en Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire**
- **Praticien Hospitalier au CHU du Point-G**

Cher Maitre,

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

Votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maitre respecté et admiré de tous.

Vous êtes un modèle pour nous étudiants de cette faculté.

Veillez agréer cher maitre l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Mamadou Salia TRAORE

- **Maître de Recherche en Gynécologie Obstétrique**
- **Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire du Point G**
- **Diplômé de Formation Médicale Spécialisée Approfondie de l'Université Paris-Descartes en Gynécologie Obstétrique**
- **Enseignant à la filière sage-femme et en Master de Santé de la Reproduction à l'Institut de Formation en Science de la Santé**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique**

Cher Maître,

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

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

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE :

Docteur Mamadou KEITA

- **Spécialiste en gynécologie obstétrique**
- **Praticien hospitalier au centre de sante de référence de la commune1**

Cher Maître,

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre travail font que nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Aussi nous avons été émerveillé par vos éminentes qualités humaines de courtoisie et de sympathie.

Cher Maître vous êtes et resterez un modèle à suivre. Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Tioukani Augustin THERA

- **Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU du point G**
- **Maître de conférence agrégé en gynécologie obstétrique**
- **Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (Paris)**
- **Titulaire d'une Attestation de Formation en Gynécologie Obstétrique : université Claude Bernard Lyon (France)**
- **Titulaire d'un Diplôme d'Etude universitaire en Thérapeutique de la Stérilité -Universitaire Paris IX(France)**
- **Titulaire d'un Diplôme Européen d'Endoscopie opératoire en gynécologie : Université d'Auvergne, Clermont Ferrant (France)**
- **Titulaire d'un Diplôme d'Etude Universitaire en colposcopie et pathologies cervico-vaginales Angers (France)**
- **Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire d'Echographie gynécologique et obstétricale**
- **Université Paris Descartes**
- **Titulaire d'un Certificat d'Etudes Spécialisées en Gynécologie Obstétrique : Université Nationale du Benin**
- **Doctorat d'Etat en Médecine : Université d'Etat de Médecine Pirogov : Vinnitsa (Ukraine)**
- **Membre du Comité Politique du Programme de la Reproduction Humaine (HRP) à l'OMS : Genève (Suisse)**

Cher maitre,

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous aviez placée en nous, pour effectuer ce travail. Cet instant solennel nous offre l'heureuse occasion de vous dire un merci sincère pour les connaissances acquises auprès de vous durant notre séjour dans votre service.

Puissent vos enseignements didactiques nous servir à jamais tout au long de notre vie de praticien.

Votre qualité de formateur, votre assiduité, votre amour du travail bien fait, votre courage et votre vivacité font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique impose le respect et l'admiration de tous. Nous vous envions et souhaiterons emboîter vos pas, bien que difficile.

Que le bon Dieu vous gratifie d'une longue et heureuse vie.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

a : Artère

AgHBs : Antigène de Surface de l'Hépatite B

ATCD : Antécédent

BGR : Bassin Généralement Rétréci

BL : Bassin Limite

CV : Commune 6

CPON : Consultation Postnatale

CPN : Consultation Prénatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CSRéf CI : Centre de Santé de Référence de la Commune 1

CUD : Contraction utérine douloureuse

DIUPP : Dispositif Intra-Utérin Per Partum

g : Gramme

Hg : Mercure

HRP : Hématome Retroplacentaire

HTA : Hypertension Artérielle

IEC : Information-Education-Communication

IIG : Intervalle Inter Génésique

IMG : Interruption Médicale de la Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse

lig :Ligament

m : Muscle

n : Nerf

OMS : Organisation Mondiale de la Sante

PF : Planification Familiale

PTME : Prévention de Transmission Mère-Enfant

RAM : Rupture Artificielle des Membranes

RPM : Rupture Prématurée des Membranes

RSM : Rupture Spontanée des Membranes

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAA : Soins Après Avortement

v : Veine

SOMMAIRE

SOMMAIRE :

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
GENERALITES.....	4
METHODOLOGIE.....	46
RESULTATS.....	58
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	80
CONCLUSION.....	92
RECOMMANDATIONS.....	103
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	110

ANNEXES

INTRODUCTION

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.

Depuis 1970, le taux de césarienne a considérablement augmenté pour contribuer à la décroissance de la mortalité néonatale et maternelle. Ainsi l'incidence de la survenue d'une grossesse sur un utérus cicatriciel n'a cessé de croître dans le monde [1].

La survenue d'une grossesse sur un utérus cicatriciel se caractérise par son incidence élevée, ses complications multiples, son taux encore significativement important de mortalité et de morbidité. Parmi ses complications on peut noter les dystocies dynamiques, les hémorragies de la délivrance par la présence d'un placenta prævia ou accréta, la rupture utérine [2]. La grossesse et l'accouchement des patientes porteuses d'un utérus cicatriciel, grand pourvoyeur de rupture utérine, sont donc considérés à haut risque, surtout dans les pays en voie de développement où la tocographie, le monitoring fœtal et les radiopelvimétries pas souvent disponibles ainsi que les indications des précédentes césariennes, de même que le type d'incision utérine, les suites opératoires sont le plus souvent inconnues [3].

En 1997, une publication conjointe de fond des nations unies pour l'enfance (UNICEF), l'organisation mondiale de la santé (OMS) et le fond des nations unies pour la population (UNFPA) indique qu'une limite maximale de 15 % du taux de césarienne doit être respectée. Au-delà de ce chiffre, le recours à la césarienne est jugé comme abusif et aurait un impact plus négatif que positif, si l'on considère les risques de cette opération [4].

Dans le monde on estime que 70 % des patientes ayant un antécédent de césarienne peuvent bénéficier d'une épreuve utérine et 80 % d'entre elles accoucheront par voie basse soit 56 % de l'effectif initial

La cause principale d'utérus cicatriciel est l'antécédent de césarienne [5]. Les cicatrices utérines liées à une chirurgie gynécologique (myomectomie, perforation sur dispositif intra-utérin, curetage) représentent moins de 5% des utérus cicatriciels et sont très peu documentées [4].

Aux Etats-Unis les taux rapportés se situaient entre 12 et 14 % [6].

En 2010 le taux de césarienne a atteint 20,8% des naissances en France [7,8]).

En Afrique, au Maroc selon une étude réalisée par Hazim M. [9] à l'hôpital Hassan II de Khouribga en 2010, la fréquence de l'accouchement des patientes porteuses d'utérus cicatriciel était de 2,35%. En Algérie selon B. Benzerdjeb à l'hôpital Mère-Enfant de Tlemcen en 2016 elle était de 7,5% [10].

Selon une étude réalisée au Mali par Traoré M.A. [11] au CSRéf CV en 2010, la fréquence des accouchements sur utérus cicatriciels était de 8,8% dans le service de gynécologie obstétrique. Une autre étude réalisée au Mali par Bengaly M. [12] au CSRéf de Kati de 2012 à 2013 a permis de trouver 3,5%.

Au CSRéf CI l'accouchement sur utérus cicatriciel semble fréquent mais peu d'études n'ont été réalisées sur ce thème.

Le but de ce travail était d'étudier la problématique de l'accouchement sur utérus cicatriciel en particulier de décrire les voies d'accouchement, d'évaluer le pronostic materno-fœtal afin de proposer une conduite pratique.

OBJECTIFS

II-OBJECTIFS

1- Général:

Etudier l'accouchement sur utérus cicatriciel au Centre de santé de référence de la Commune I du District de Bamako

2- Objectifs spécifiques:

- Déterminer la fréquence des accouchements sur utérus cicatriciel ;
- Décrire les modalités d'accouchement sur utérus cicatriciel ;
- Décrire les indications par modalité d'accouchement ;
- Déterminer le pronostic materno-fœtal.

GENERALITES

III-GENERALITES

I. Définitions :

L'utérus cicatriciel est un utérus porteur en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, d'une ou de plusieurs cicatrices myométriales à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme.

Cette définition exclut les cicatrices uniquement séreuses ou muqueuses comme on peut les rencontrer lors de certaines myomectomies pour myomes sous-séreux, de cure de synéchies ou de résection de polypes par hystéroscopie sans effraction du myomètre. [3].

On parle d'un utérus uni, bi, tri, ou quadricatriciel lorsque l'utérus est porteur d'une, deux, trois ou quatre cicatrices.

II- UTERUS GRAVIDE. [9,10]

A. Modifications anatomiques :

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 deviendra le segment inférieur au 3ème trimestre de la grossesse et le col.

1. Le corps utérin :

a) Anatomie macroscopique :

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

❖ Situation :

Pendant les 2 premiers mois, l'utérus reste dans le petit bassin ; il est pelvien.

A la fin du 2ème mois, son fond déborde le bord supérieur du pubis.

A la fin du 3^{ème} mois, il est abdominal et nettement palpable, mesurant 8 cm. A partir de ce stade, chaque mois, le fond utérin s'éloignera du pubis d'environ 4 cm pour arriver à terme à environ 32 cm. Il est alors abdomino-thoracique.

❖ **Dimensions :**

Avec une hauteur de 6 à 8 cm et une largeur de 4 à 5 cm en dehors de la grossesse, l'utérus se retrouve à (Voir figure ci-dessous) :

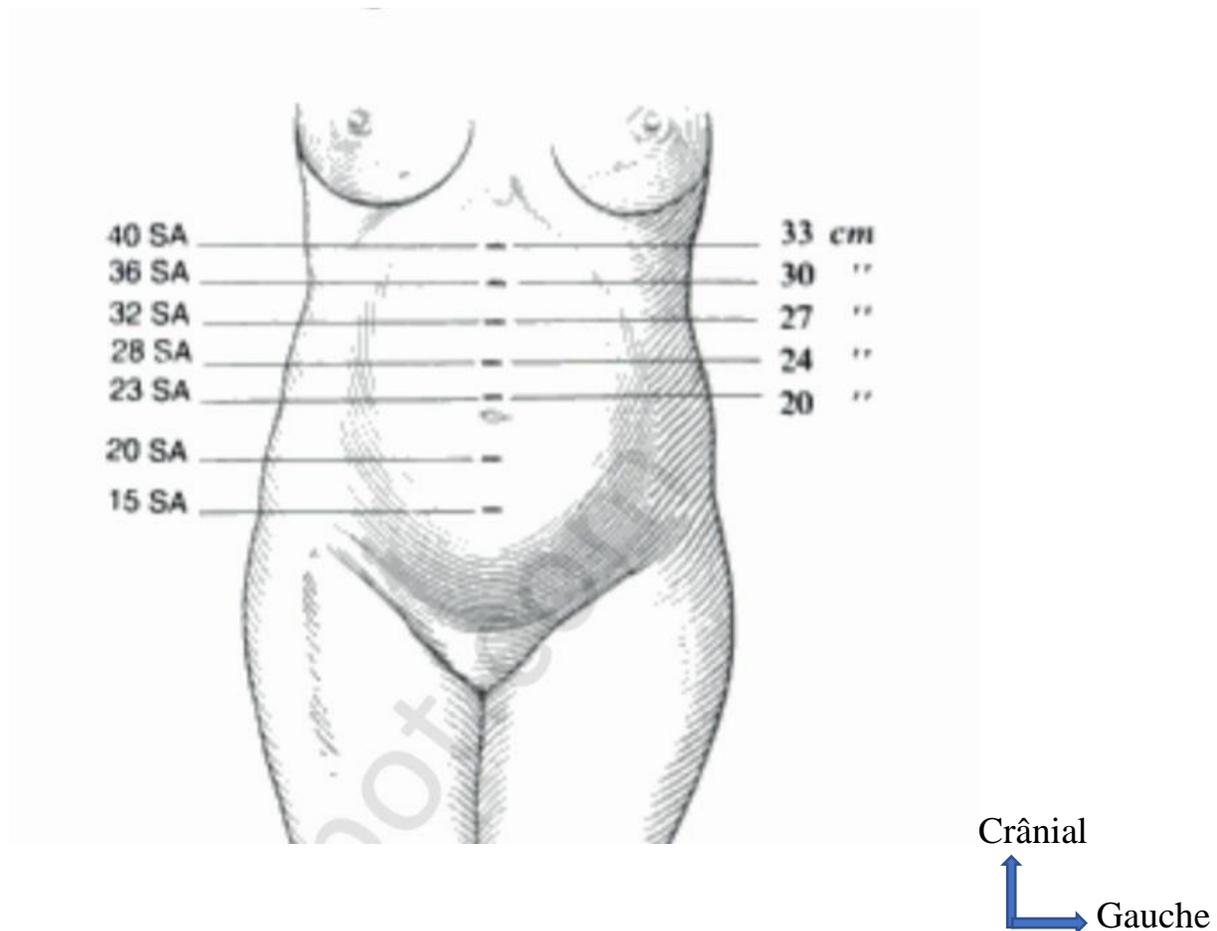


Figure1[ROBERT MERGER 6^e Edition page 78] : Hauteur de l'utérus aux différents âges de la grossesse

❖ **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 rétroversés se redresseront spontanément pendant le 2^{ème} ou 3^{ème} 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 % de son poids total.

❖ **Capacité :**

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

❖ **Epaisseur :**

Au début, la paroi utérine s'hypertrophie. Son épaisseur passe d'un centimètre en dehors de la grossesse à près de 2,5 cm à 3 mois. Elle atteint son développement maximum vers le 4ème mois et mesure 3 cm ; puis, elle s'amincit progressivement du fait de l'arrêt de l'augmentation de la masse musculaire, alors que la cavité continue à s'accroître.

Vers le terme, la paroi est épaisse de 8 à 10 mm au niveau du fond, de 5 à 7 mm au niveau du corps.

En post-partum, l'utérus se rétracte et son épaisseur atteint 2 à 3 cm.

❖ **Consistance :**

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

❖ **Rapports (fig. 3) :**

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.

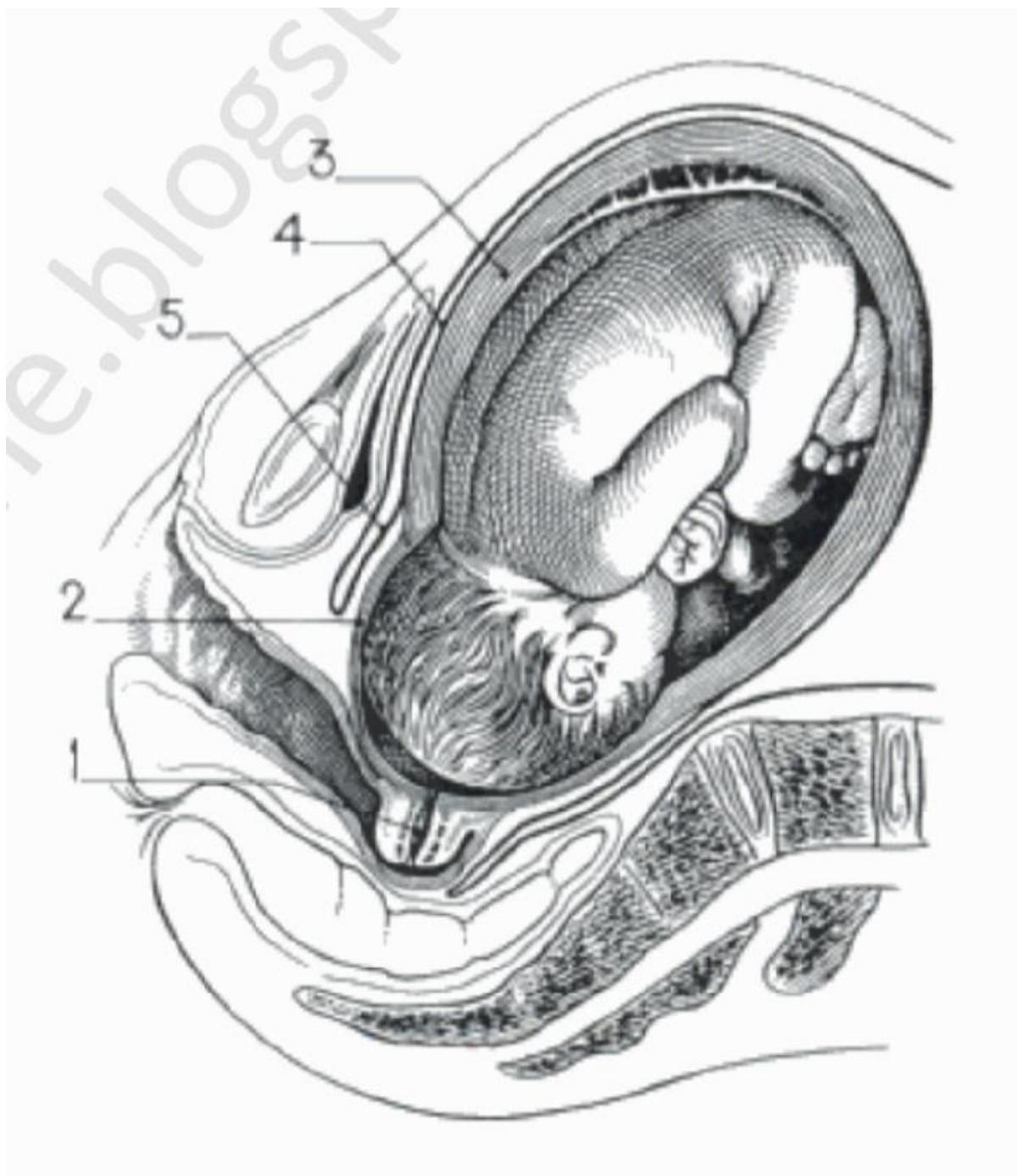
- En avant : sa face antérieure répond directement à la paroi abdominale sans interposition d'épiploon ou d'anses grêles chez la femme indemne d'opération abdominale.
- Dans sa partie inférieure : elle entre en rapport avec la vessie lorsque celle-ci est pleine.
- En arrière, l'utérus est en rapport avec : la colonne vertébrale flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte, les muscles psoas croisés par les uretères, et une partie des anses grêles.
- En haut : le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut entrer en rapport avec les fausses côtes. A droite, il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire. Le fond répond à la 1ère ou à la 2ème vertèbre lombaire.
- Latéralement : le bord droit regarde en arrière, il entre en contact avec le cæcum et le côlon ascendant. Le bord gauche, plus antérieur, répond à la masse des anses grêles refoulées et, en arrière, au côlon descendant. Les éléments qui se fixaient sur la corne utérine non gravide se trouvent sur l'utérus à terme plus bas sur les bords latéraux, les trompes sont reportées plus en avant, les ligaments utéro-ovariques plus en arrière.

❖ **Les ligaments utérins :**

Ils s'hypertrophient au cours de la grossesse.

Les ligaments ronds ne commencent à s'hypertrophier que vers le 4ème mois quand l'utérus s'élève dans l'abdomen. Ils s'allongent jusqu'à 4 fois leur longueur, s'épaississent 3 à 4 fois et leur résistance à la traction s'accroît, elle peut atteindre 40 kg.

Les ligaments utérosacrés ascensionnent.



Ventral
↑
↳ Crânial

Figure2 [ROBERT MERGER 6^e Edition page 44] : Les trois segments de l'utérus gravide.

1. Col ; 2. Segment inférieur ; 3. Corps ; 4. Péritoine adhérent ; 5. Péritoine décollable.

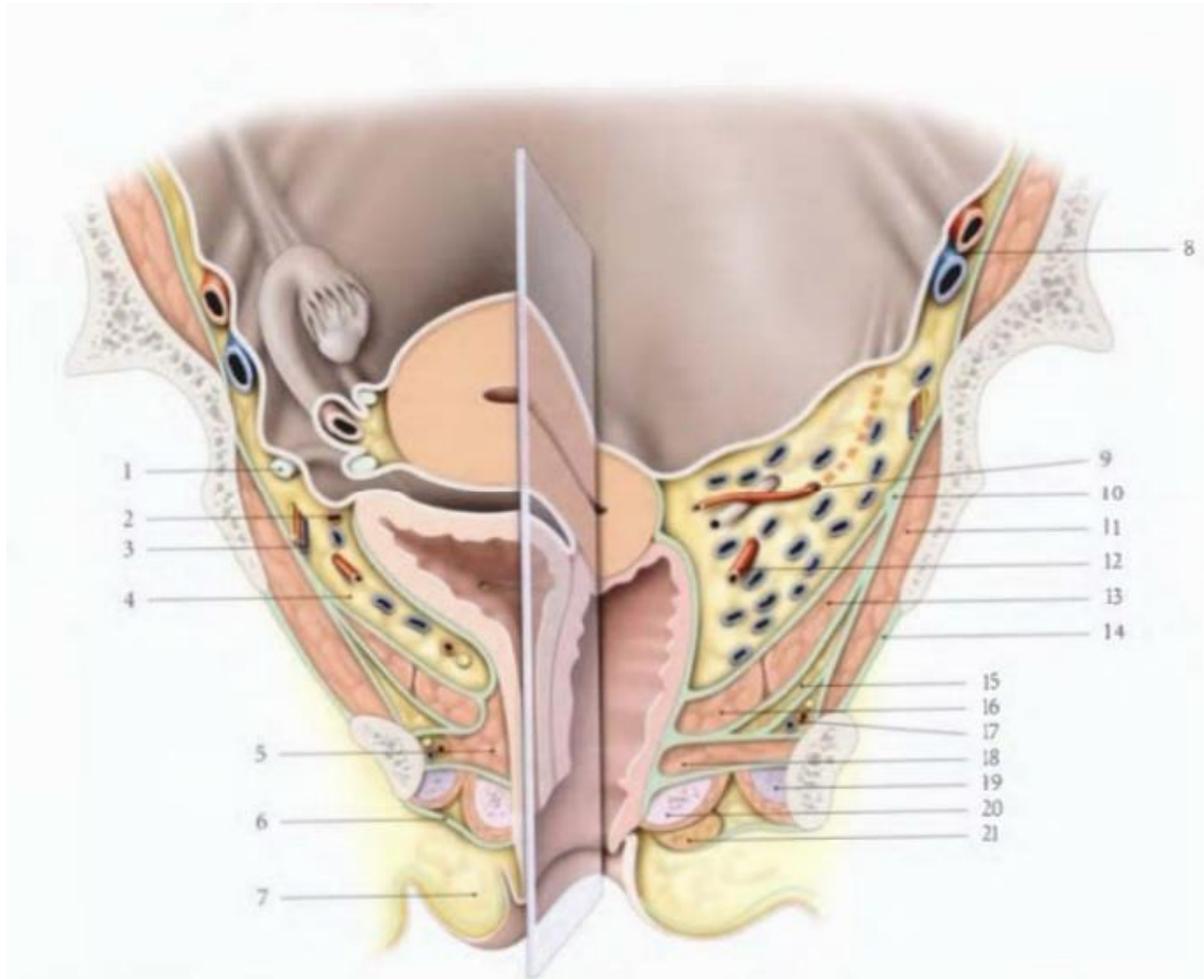


Figure3 [KAMINA Page 221] : Rapports de l'utérus

- | | | |
|----------------------------------|---|--|
| 1. lig rond | 9. a. utérine surcroisant l'uretère dans le paramètre | 16. m. pubo-coccygien (faisceau pubo-vaginal) |
| 2. a ombilicale | 10. arcade tendineuse du m. éleveur de l'anus | 17. a., v., et n pudendaux internes dans le canal pudendal |
| 3. a et n obturateurs | 11. m. obturateur interne | 18. m. transverse profond |
| 4. espace paravésical | 12. a. vaginale dans le paracervix | 19. corps caverneux et m. ischio-caverneux |
| 5. m. sphincter de l'urètre | 13. m. ilio-coccygien | 20. bulbe vestibulaire et m. bulbo-spongieux |
| 6. fascia superficiel du périnée | 14. membrane obturatrice | 21. glande vestibulaire majeure |
| 7. grand lèvres | 15. récessus anat. de la fosse ischio-rectale | |
| 8. a. et v. iliaque externes | | |

b) Structure :

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

❖ La séreuse :

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

❖ La musculuse :

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

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

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

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

❖ La muqueuse :

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

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

- Une couche superficielle, caduque.

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

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

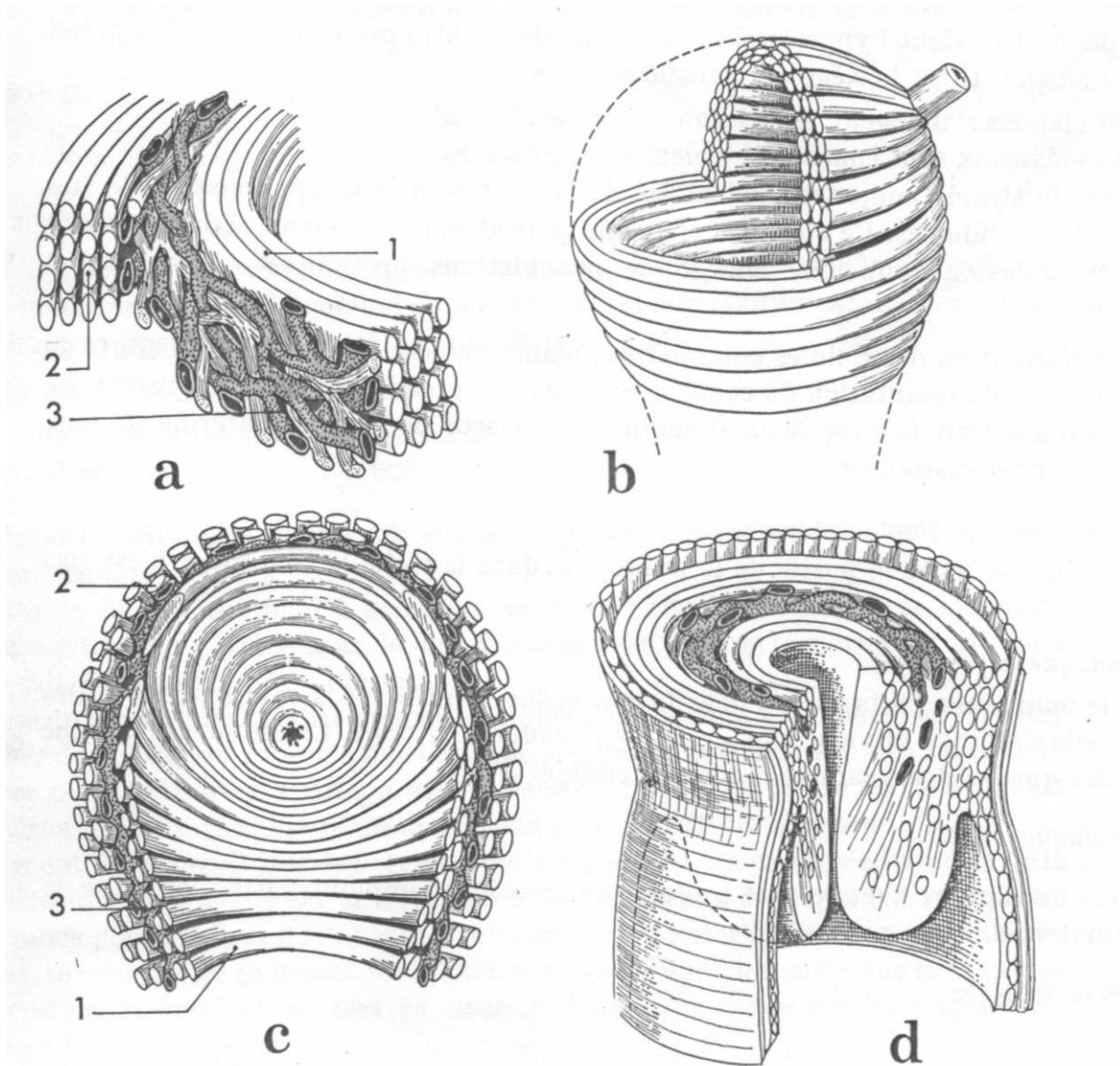


Figure4 [ROBERT MERGER 6^e Edition page 41 ; 42 ; 45] : Structure du myomètre a. Structure schématique du corps b. Vue externe c. vue interne d. Col utérin 1. Couche sous-muqueuse 2. Couche supravasculaire 3. Couche vasculaire intermédiaire et faisceaux d'association

2. Le segment inférieur :

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

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

a) Anatomie macroscopique :

❖ Forme :

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

❖ Situation :

Il occupe, au-dessus du col, le tiers inférieur de l'utérus. (Fig2)

❖ Caractères :

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

La bonne ampliation du segment inférieur, appréciée cliniquement, est donc un élément favorable de pronostic de l'accouchement.

Les vaisseaux moins développés ont une direction générale transversale ; ceci explique que la césarienne segmentaire transversale est moins hémorragique que la césarienne segmentaire longitudinale. (Fig1)

❖ **Limites :**

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

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

❖ **Origine et Formation :**

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

❖ **Rapports (Fig3) :**

- 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 pariétal, doublant la paroi abdominale antérieure.

La vessie, même vide, est toujours au-dessus du pubis, rapport à connaître lors de l'incision du péritoine pariétal. Au-dessus du cul-de-sac péritonéal, elle est séparée du segment inférieur par du tissu conjonctif lâche qui permet de la décoller et de la refouler en bas. La vessie ascensionne généralement en fin de gestation. Par ailleurs, les adhérences entre vessie et suture de césarienne favorisent l'ascension de plus en plus haut de la vessie ; d'où la prudence à l'ouverture de la paroi lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu'il existe un utérus cicatriciel.

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

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

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

b) Structure :

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

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

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

c) Applications pratiques :

Le segment inférieur a une grande importance sur le plan clinique, physiologique et pathologique.

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

Du point de vue physiologique, c'est un organe passif se laissant distendre 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.

3. Le Col de l'utérus :

Le col se modifie peu pendant la grossesse.

a) Anatomie macroscopique :

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

Le col se ramollit au bout de quelques semaines de grossesse, mais cette modification peut manquer de netteté. L'état des orifices ne varie pas. Ils restent fermes jusqu'au début du travail chez la primipare.

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

b) Structure :

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

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

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

Quelques jours avant le début du travail survient la maturation dont la résultante est une augmentation de la compliance du col qui peut alors se distendre.

Au moment du travail , sous l'effet des contractions utérines, le canal cervical s'évase progressivement. [13]

B. VASCULARISATION DE L'UTERUS GRAVIDE (Fig5, Fig6, et Fig7)

1. Les artères :

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

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

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

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

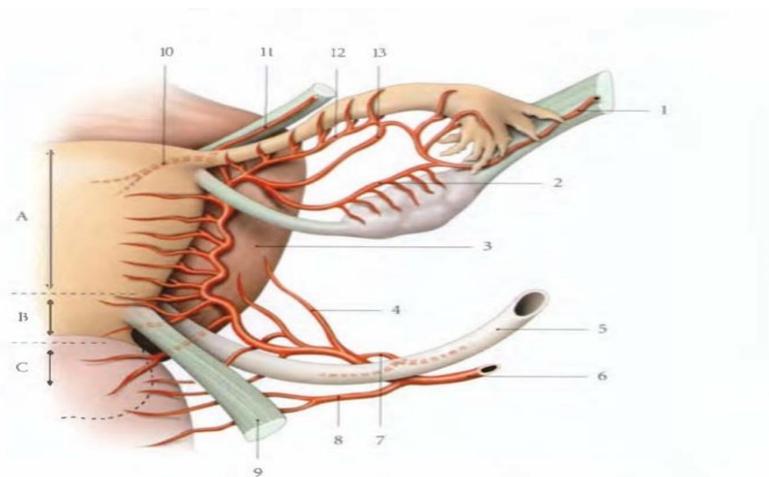


Figure5 [KAMINA Page 224] : Vascularisation artérielle de l'utérus = vue opératoire

A. Corps utérin

B. Partie supravaginale du col

C. Fornix vaginal

1. a. ovarique

6. branche utérine

11. a. du lig rond

2. arcade infraovarique

7. branche vaginale

12. arcade infra-tubaire

3. vessie

8. branche vaginale

13. a. tubaire moyenne

4. branche vésicale

9. Lig utero-sacral

5. uretère

10. a. du fundus

2. Les veines :

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

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

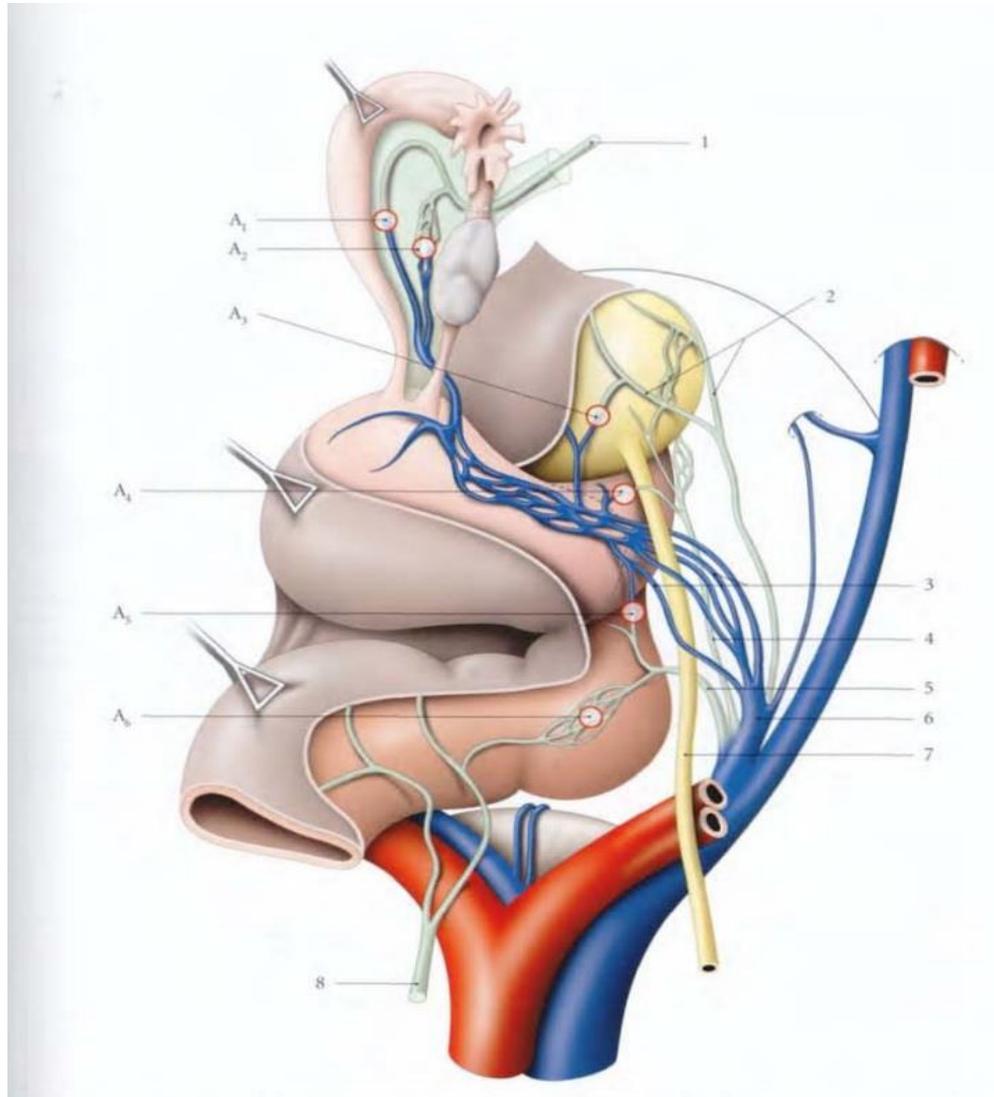


Figure6 [KAMINA Page 125] : Vascularisation veineuse de l'utérus=vue supérieure opératoire

- | | | |
|----------------------|------------------|----------------------------------|
| 1. v. ovarique | 7. uretère | A1,A2. anastomose utero-ovarique |
| 2. v vésicale | 8. v rectale sup | A3. anastomose vésico-utérine |
| 3. vv utérines | | A4. anastomose utero-vaginale |
| 4. v vaginale | | A5. anastomose Recto-vaginale |
| 5. v rectale moyenne | | A6. anastomose interrectale |
| 6. v iliaque interne | | |

7. 3. Les lymphatiques :

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

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

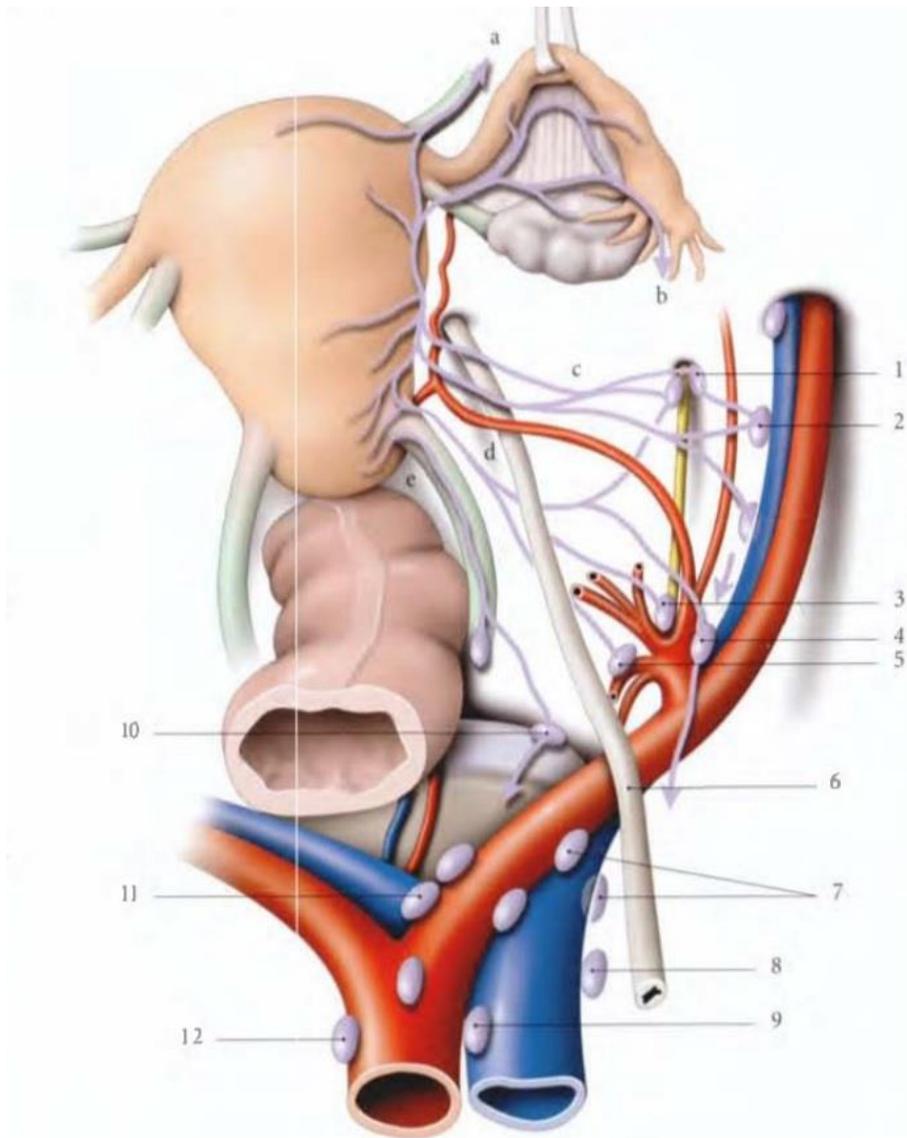


Figure7 [KAMINA Page 225] : Les Lymphatiques de l'utérus=vue supérieure

- | | | |
|--------------------------|---|--------------------------------|
| a. voie inguinale | 1.lymphoœuds et nn. Obturateurs | 7. lymphoœuds iliaques communs |
| b. voie ovarique | 2. lymphoœuds iliaques internes mediaux | 8. lymphoœuds laterocaves |
| c. voie supra-ureterique | 3. lymphoœuds gluteaux sup | 9. lymphoœuds precaves |
| d. voie infra-ureterique | 4. lymphoœuds interiliaques | 10. lymphoœuds du promontoire |
| e. voie sacrale | 5. lymphoœuds gluteaux | 11. lymphoœuds subaortiques |
| 6. uretere | 12. lymphoœuds lateroaortiques | |

C. INNERVATION :

Deux systèmes sont en jeu :

1. Le système intrinsèque :

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

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

2. Le système extrinsèque :

Il est formé par les plexus hypogastriques inférieurs qui sont plaqués sur la face latérale des viscères pelviens, l'utérus et le vagin mais aussi le rectum et la 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 voies sensibles qui remontent le long des utérosacrés vers le nerf pré-sacré ;
- Et les voies motrices, plus discutées, qui empruntent les voies du parasympathique pelvien.

III- PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS GRAVIDE :

L'utérus subit des contractions au cours grossesse.

Au début les contractions utérines sont espacées, peu intenses et indolores.

Elles sont infracliniques. Ce sont les contractions de Braxton Hicks.

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

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

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

L'activité a un double but :

- La dilatation du col.
- L'accommodation foeto-pelvienne.

1. La dilatation du col :

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

a) Phase préliminaire : ou phase de formation du segment inférieur : Elle a lieu dans les dernières semaines de la gestation sous l'effet des pressions exercées par les contractions utérines et du tonus permanent de l'utérus. Cette phase se fait aux dépens de l'isthme utérin démusclé, élastique, aminci qui s'individualise nettement du reste de l'utérus ; le segment inférieur formé s'émoule alors sur la présentation par sa tonicité et son élasticité, rendant la présentation immobile : c'est l'adaptation foeto-segmentaire.

b) Phase concomitante :

Se caractérise par :

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

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

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

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

d) L'accommodation : Elle 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.

IV- LA CICATRICE UTERINE :

1.Etat de la cicatrice [31]

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

Ces phénomènes admirablement étudiés par Ruiz-Velasco [31] 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.

2. Etiologie :

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

A-Interventions chirurgicales :

a) Obstétricales :

❖ Césarienne :

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

- La césarienne corporéale est une incision-ouverture sagittale verticale du corps utérin. Elle contre-indique le travail en raison du risque élevé de rupture utérine. On y classe dans la même catégorie les incisions segmento-corporéales ainsi que la mini-césarienne pour avortement thérapeutique du 2ème trimestre qui, elle aussi, est corporéale [30]
- 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. [30] Ainsi dans l'hystérotomie segmentaire, la qualité de la cicatrice tient pour beaucoup à la bonne exécution de la suture. En raison de la

disposition lamellaire des plans du segment inférieur, surtout dans l'incision transversale, on doit prendre le soin de charger avec l'aiguille, de chaque côté, la totalité de l'épaisseur des tranches.

Un opérateur insuffisamment entraîné peut fort ne saisir qu'une des lames et il est probable qu'une partie des désunions futures tiennent de cette faute technique aisément évitable.

Classification des césariennes selon Robson

Classe selon Robson	Contexte obstétrical
<p>Classe 1 (nullipares, travail spontané)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nullipares, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel => 37 SA, travail spontané.
<p>Classe 2 (nullipares, travail déclenché ou césarienne programmée)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nullipares, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel => 37 SA, déclenchement du travail ou césarienne avant travail.
<p>Classe 3 (multipares, travail spontané)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Multipares, sans utérus cicatriciel, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel => SA, travail spontané.
<p>Classe 4 (multipares, travail déclenché ou césarienne programmée)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Multipares, sans utérus cicatriciel, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel => SA, déclenchement du travail ou césarienne avant travail.
<p>Classe 5 (multipares, utérus cicatriciel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les multipares avec au moins une cicatrice utérine, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel => 37 SA.
<p>Classe 6 (nullipares, présentation du siège)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les nullipares, grossesse unique, présentation du siège.
<p>Classe 7 (multipare, présentation du siège, utérus cicatriciel inclus)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les multipares, grossesse unique, présentation du siège, utérus cicatriciel inclus.
<p>Classe 8 (grossesse multiples, utérus cicatriciel inclus)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les grossesses multiples, utérus cicatriciel inclus.
<p>Classe 9 (présentation transverse ou oblique, utérus cicatriciel inclus)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les grossesses uniques avec présentation transverse ou oblique, utérus cicatriciel inclus.
<p>Classe 10 (avant 37 SA, présentation céphalique utérus cicatriciel inclus)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les grossesses uniques avec présentation céphalique, âge gestationnel < 37 SA, utérus cicatriciel inclus.

❖ **Curetage :**

Les perforations utérines lors de curetages pour avortement spontané, interruption médicale de la grossesse (IMG), interruption volontaire de la grossesse (IVG) posent un problème de définition. Mais le fait qu'elles aient été retrouvées parmi les étiologies de ruptures utérines recommandent une vigilance toute particulière à observer lors d'un accouchement par voie basse sur utérus fragilisé. [15]

b) Gynécologiques :

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

❖ **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 versants dont les chefs auront été laissés libres dans la cavité utérine, s'interposant ainsi entre les deux parois utérines. [15]

La seule notion de myomectomie est insuffisante et on doit de vérifier le compte-rendu opératoire en tenant compte du siège, de la taille, du nombre des myomes, ainsi que du nombre de cicatrices nécessaire à leur extirpation.

Enfin on tiendra compte de la complexité de l'hystéroplastie secondaire qui a été nécessaire [15]

❖ **Hystéroplastie :**

- Intervention de Strassman en 1907 : Indiquée dans les malformations utérines de type utérus bicornes notamment celles uni-cervicaux ; d'abord vaginale puis reproduite par voie abdominale, elle consiste en une incision en « V » des faces médiales des deux cornes utérines dans le plan frontal suivie

d'une suture dans le plan sagittal des deux demi-faces postérieures et des deux demi-faces antérieures.

- 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 consiste en une incision sagittale médiane de l'utérus jusqu' au bout inférieur de la cloison ; les deux hémi-cloisons ainsi formées sont sectionnées de bas en haut à mi-distance des faces antérieure et postérieure sous le contrôle de la vue ; l'utérus est refermé en deux plans dans le sens de son incision.

Les résultats excellents de cette opération, tant sur le taux de grossesse que sur la qualité de la cavité utérine et du myomètre, ont transformé le pronostic de l'affection.

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

[30]

❖ Réimplantations tubaires et Salpingectomies :

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

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

B) Accidents au cours du travail

Ruptures utérines : Elles sont soit spontanées, soit provoquées.

❖ Ruptures spontanées :

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

❖ Ruptures provoquées :

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

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

C)Traumatismes :

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

V – COMPLICATIONS :

1. Rupture utérine :

La rupture utérine correspond anatomiquement à une solution de continuité non chirurgicale pouvant intéresser une partie ou la totalité de la paroi utérine (muqueuse, musculuse et séreuse).

On distingue :

- Des ruptures utérines incomplètes sous-séreuses, encore appelées déhiscences
- Et Ruptures utérines complètes.

Dans les ruptures incomplètes, le péritoine viscéral et les membranes ovulaires restent intacts, le fœtus va continuer à séjourner dans l'utérus expliquant ainsi la

différence de mortalité fœtale entraînée par ces deux types de ruptures. Cette déhiscence peut atteindre tout ou partie de la réalisation quasi exclusive de césariennes segmentaires.

Actuellement, dans les pays développés, le nombre de ruptures asymptomatiques est beaucoup plus fréquent, surtout pour les déhiscences qui sont pratiquement toujours une découverte soit opératoire lors de la césarienne soit au moment de la révision utérine. Les signes d'alarme classique représentés par l'hémorragie, la douleur au niveau de la cicatrice et la souffrance fœtale aiguë, sont souvent absents mais toujours fréquents dans nos pays. [8]

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.

2. 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 est à ne pas méconnaître.

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

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

disposition, une numération globulaire satisfaisante avant l'intervention et un nombre suffisant d'opérateurs, l'un pouvant être amené à comprimer l'aorte si nécessaire le temps d'assurer l'hémostase. [30]

VI- DIAGNOSTIC DES DIFFERENTES COMPLICATIONS :

1- Rupture utérine sur utérus cicatriciel :

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

La femme a quelques signes de choc, et, à l'examen les bruits du cœur foetal 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 de façon minutieuse.

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

2- Rupture utérine et placenta accréta :

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

Il ne faut pas hésiter à faire une laparotomie.

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

Il est très facile après une révision utérine ; après une manœuvre qui, laborieuse au début, devient brusquement facile.

Lorsque tous les signes cliniques sont réunis : choc hémorragique, bruit du cœur fœtal absent, fœtus sous la peau.

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

Au contraire, le diagnostic devient problématique en cas : d'anesthésie péridurale, de désunion silencieuse et progressive, de déchirure du col propagée au segment inférieur ou de rupture incomplète ou extra-muqueuse.

VII- CONDUITE A TENIR LORS D'UN NOUVEL ACCOUCHEMENT AVEC UN UTERUS CICATRICIEL :

La conduite de l'accouchement sur un utérus cicatriciel s'appelle l'épreuve utérine. Elle expose au risque de rupture utérine avec ses conséquences fœtales (souffrance fœtale aiguë, mort in utero) et maternelles (hémorragie, hystérectomie).

Grâce à une sélection correcte des patientes et à une surveillance rigoureuse de l'épreuve utérine, le taux de rupture utérine varie entre 0 et 1 % sans retentissement fœtal. [31]

Le praticien doit d'abord se demander si l'accouchement peut se dérouler par les voies naturelles. Il doit ensuite se poser la question, quelles sont les règles à observer, suite à l'accouchement par voie basse ou la voie haute ?

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

Si la césarienne a été segmentaire, l'accouchement par les voies naturelles est souvent possible.

La césarienne itérative prophylactique s'impose en cas :

- De dystocie permanente ;

- Quand la femme a été déjà césarisée plusieurs fois ou en cas d'excès de volume utérin ;
- Quand la précédente césarienne a eu des suites compliquées d'infections.

Souvent 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 sous-pubienne, perte de sang etc.

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

A - La césarienne prophylactique [18]

a) Les indications

Elles sont liées aux anomalies du 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 :

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

❖ **La grossesse actuelle :**

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

- Une surdistension utérine (macrosomie, grossesse gémellaire, hydramnios) ;
- Une présentation autre que celle du sommet ;
- Un placenta prævia antérieur ;
- Une souffrance fœtale.

b) Particularités techniques de la césarienne :

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

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

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

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

L'état de la cicatrice, la découverte d'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 car quatre voire cinq césariennes sont possibles si la femme le souhaite et si les conditions anatomiques sont bonnes.

En aucun cas l'opérateur n'est autorisé à lier les trompes si la patiente lui a signifié son refus. La stérilisation tubaire, même au cours d'une 3ème césarienne doit être envisagée avec beaucoup de réticence chez les patientes de moins de 30 ans.

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

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

2 - L'épreuve utérine :

a) Les risques :

Les trois risques de l'épreuve sont :

- La rupture utérine ;
- La Souffrance fœtale aigue ;
- 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 de bon pronostic sont constitués par [30] :

- 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 sacculaton. Mais des images discrètes, encoches, spicules, ont une signification encore imprécise, au moins en ce qui concerne la conduite à tenir.
- L'absence de malformation utérine.
- L'absence de pathologie maternelle contre-indiquant la voie basse.
- Une confrontation foeto-pelvienne favorable ;
- L'absence de surdistension utérine notable (hydramnios, grossesses multiples)
- Une présentation du sommet ;
- Un placenta non inséré sur la cicatrice ;
- L'absence de dystocie surajoutée ;
- Un centre obstétrical avec une infrastructure adaptée et une équipe obstétricale qualifiée ;
- L'accord de la gestante ; bien que cela consiste à informer plutôt qu'à prendre l'avis de la gestante.

❖ 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 céphalopelvienne sur le diagramme de Mangin se situe dans la zone d'eutocie, et qu'il n'existe pas de signes cliniques défavorables.

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

1. Conduite de l'épreuve utérine : [17]

❖ Les éléments de surveillance :

• Les contractions utérines :

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

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

• Le rythme cardiaque fœtal :

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

❖ Evolution du travail dans l'épreuve utérine :

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

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

L'hypocinésie est la cause la plus habituelle. Son diagnostic et son traitement par les ocytociques nécessitent la tocographie interne.

En l'absence de cette technologie, le diagnostic peut parfois passer inaperçu et la prescription d'ocytocique est interdite car dangereuse ; dans ces cas-là on passe à la césarienne.

La dystocie cervicale est diagnostiquée devant une stagnation de la dilatation avec une activité utérine correcte. Le col est rigide, des antispasmodiques doivent être administrés et leur effet jugé rapidement. En cas de stagnation de la dilatation pendant deux 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 min d'efforts expulsifs, une application de forceps ou de ventouse s'impose.

L'expression abdominale est à bannir.

❖ **La révision utérine :**

Elle est réalisée en cas de saignement. Elle doit rechercher 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 pellicules et l'état de la vessie.

L'hystérectomie conservant les ovaires s'impose si les lésions intéressent les deux pédicules utérins ou s'étendent au corps utérin.

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

- La déhiscence de la cicatrice

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

3-Les cicatrices utérines autres que la césarienne : [17]

a) La myomectomie :

La conduite à tenir dépend du type de myomectomie.

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

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

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

b) L'hystéroplastie de Bret Palmer :

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

c) Les cicatrices de salpingectomie ou d'anastomose isthmointerstitielle :

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

d) La conisation :

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

VIII- CLASSIFICATION DES UTERUS CICATRICIELS :

1. Classification hystérosalpingographique selon Thoulon: [30]

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, en coche, baïonnette).
- **Groupe 4** : déformation supérieure ou égale à 6 mm et d'aspect péjoratif (bouchon de champagne, pseudodiverticulaire, aspect de hernie ou de fistule).

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



Groupe 1 : cicatrice radiologique



Groupe 2 : déformation

inférieure à 4 mm



Groupe 3 : déformation profonde de 4 à 5 mm et d'aspect bénin (coin, en coche, baïonnette).



Groupe 4 : déformation supérieure ou égale à 6 mm et d'aspect péjoratif, (bouchon de champagne pseudodiverticulaire aspect de hernie ou de fistule)

FIGURE8 : HYSTEROGRAPHIE

2. Classification échographique selon Rozenberg: [10]

Rozenberg 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 :

- Groupe1 : segment inférieur normal (supérieur à 3 mm en épaisseur et sans solution de continuité.
- Groupe 2 : segment inférieur exclusivement inférieur à 3mm.
- Groupe3: 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.

METHODOLOGIE

IV-METHODOLOGIE

A. Cadre de l'étude :

Ce travail s'est déroulé dans la maternité du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

1. Présentation de la commune I :

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

Elle couvre une superficie de 34,26km² soit 12,83% de la superficie totale de Bamako pour une population totale de 411586 habitants soit une densité moyenne de 12013 habits/km² (CROCEPS 2017).

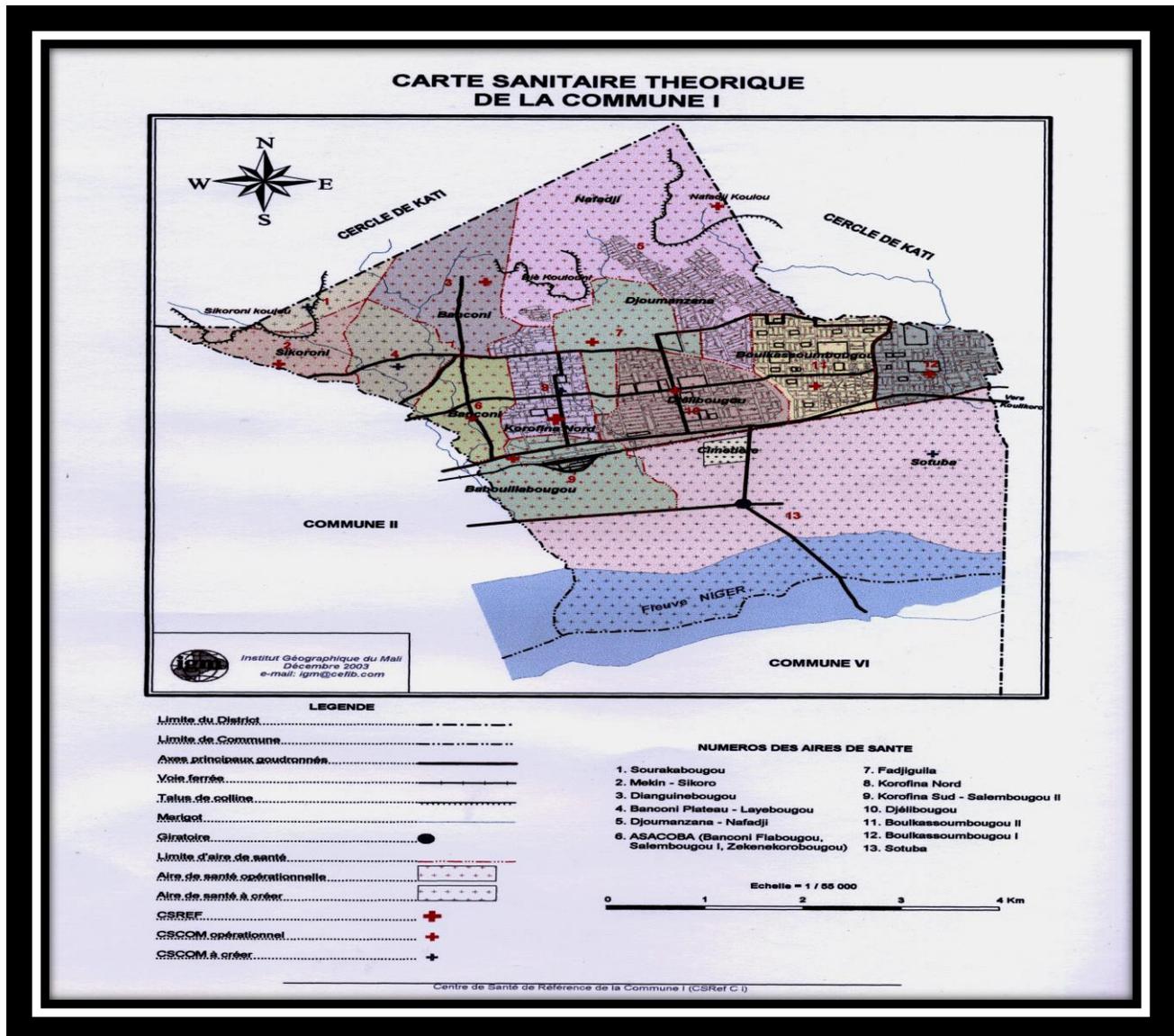


FIGURE9 : Carte de la commune

2. Caractéristiques sanitaires de la commune I :

La commune I compte 1 CSRéf, 12 CSCOM, des Cabinets médicaux, des cliniques privées médicales et deux centres confessionnels (Chérifoula et Centre Catholique de Nafadji).

3. Présentation du CSRéf de la Commune I :

Le CSRéf CI est situé à Korofina Nord.

Il est limité à l'Est par l'ancien tribunal, à l'Ouest par la pharmacie Ben, au Nord par la mairie de la commune I et au Sud par le terrain de football de korofina Nord.

4. Présentation du service de gynéco-Obstétrique :

Le service de gynéco-obstétrique fait partie des services les plus fréquentés du centre de santé de référence de la commune I.

❖ Situation :

Il est situé au Sud du CSRéf entre le bloc d'hospitalisation à l'Ouest, la Pharmacie à L'Est et le bloc opératoire au Nord.

Le personnel de la maternité est composé de :

- Trois (3) gynécologues obstétriciens dont le chef de service ;
- Vingt-quatre (24) sages-femmes réparties entre les différentes unités du service ;
- Dix (10) infirmières obstétriciennes ;
- Quatre techniciens supérieurs de santé ;
- Huit (8) aides-soignantes ;
- Huit techniciens de santé.

❖ Infrastructures :

*** Un bloc opératoire** composé de :

- Deux salles d'interventions pour les interventions gynéco-obstétricales et chirurgicales ;
- Une salle de stérilisation des instruments ;
- Une salle contenant l'autoclave pour la stérilisation des champs et des blouses opératoires ;
- Une salle de réveil ;
- Une salle de préparation des patients ;
- Une salle de préparation des opérateurs ;
- Un bureau pour les aides du bloc opératoire ;
- Une unité de réanimation non fonctionnelle.

*** une pharmacie et un laboratoire d'analyse.**

*** Maternité :**

- Trois bureaux des gynéco-obstétriciens ;
- Une salle de consultation pour les urgences ;
- Une unité de CPN ; PTME
- Une unité de planification familiale et de consultation post natale ;
- Une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchements ;
- Une unité de dépistage du cancer du col de l'utérus, PTME et de SAA ;
- Une salle d'observation ou de surveillance des femmes accouchées ;
- Deux salles de gardes ;
- Cinq salles d'hospitalisations.

5. Autres services du CSRéf CI :

- Un service de pédiatrie, de médecine interne, de chirurgie générale, de diabétologie, de neurologie, de cardiologie, de radiologie et d'odontologie.

*** Fonctionnement :**

Les activités programmées se font comme suit :

- staff quotidien du Lundi au Vendredi dirigé par le chef de service ou par un autre gynécologue du service ;
- visite quotidienne aux patientes hospitalisées dirigée par un gynécologue du service ;
- Programme élargi de vaccination Lundi au Vendredi ;
- CPN, CPON, PF, dépistage et PTME sont quotidiens du Lundi au Vendredi
- Les consultations sont assurées par les médecins gynécologues-obstétriciens et les médecins généralistes assistés par les thésards ;
- l'échographie est réalisée du Lundi au Vendredi de 8h à 16h ;

- trois journées (Lundi, Mercredi et Jeudi) consacrées aux activités chirurgicales surtout celles programmées ;
- la garde est assurée par une équipe composée d'un gynécologue-obstétricien, de trois (3) médecins généralistes, deux sages-femmes, deux infirmières obstétriciennes y compris deux ou trois étudiants faisant fonction d'internes, un anesthésiste, un aide de bloc, une aide-soignante et deux manœuvres.

B- Méthode de l'étude

1. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale.

2. Période d'étude :

Notre étude s'est étendue du 1er janvier 2019 au 31 Décembre 2020, soit une période de 2 ans. Le choix de cette période d'étude nous a donné l'avantage de pouvoir évaluer la fréquence et d'étudier la conduite à tenir face aux utérus cicatriciels du moment où la césarienne est gratuite au Mali.

3. Population d'étude :

L'étude a porté sur toutes les parturientes admises à la maternité du centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako pendant la période de l'étude.

a) Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude toutes les parturientes dont l'utérus portait une ou plusieurs cicatrices (à la suite d'une césarienne ou d'une myomectomie ou d'une rupture utérine), venues accoucher dans le service pendant la période de l'étude et dont le dossier était complet et exploitable.

b) Critères de non inclusion :

N'ont pas été retenus les dossiers des parturientes dont l'expulsion s'est produite à domicile ou les dossiers inexploitables ou introuvables.

c) Tests statistiques :

Les tests statistiques étaient ceux de Khi^2 , Fisher.

Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

4. Déroulement de l'enquête :

Il a consisté à l'élaboration d'une fiche d'enquête portant 88 questions. L'enquête a duré 2 ans.

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

5. Collecte des données :

a) Les sources :

La collecte des données a été faite à partir des sources suivantes :

- Le Partographe ;
- Le registre d'accouchements ;
- Le registre de compte rendu opératoire ;
- Le registre d'hospitalisation.

b) Outil de collecte :

Il était constitué par une fiche d'enquête individuelle.

6. variables

a) Définition des variables :

Ce sont les paramètres qu'on se propose d'étudier par rapport à une population.

b) Les variables étudiées :

- L'âge
- La profession
- Le statut matrimonial
- Le mode d'admission
- Le motif de référence
- Les antécédents médicaux

- Les antécédents chirurgicaux
- La gestité
- La parité
- L'antécédent d'accouchement par voie basse après la première césarienne
- Le nombre de cicatrice
- L'intervalle intergénésiq
- Le nombre de consultations prénatales
- Le lieu des consultations prénatales
- L'auteur des consultations prénatales
- La hauteur utérine
- Le terme de la grossesse
- Les bruits du cœur fœtal
- La dilatation cervicale
- L'état des membranes
- Le type de rupture des membranes
- Le type de présentation
- Le type de bassin
- Le résultat de l'épreuve utérine
- La voie d'accouchement
- Les indications des césariennes d'urgence
- Les indications des césariennes prophylactiques
- La rupture utérine selon le type d'intervention
- Le geste effectué en per césarienne
- Les suites opératoires
- L'Apgar à la 1min
- L'Apgar à la 5min

- Le poids à la naissance
- La référence à la néonatalogie

c) Aspects opérationnels :

• **Utérus cicatriciel :** Est un utérus porteur en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, d'une ou de plusieurs cicatrices myométriales. Cette définition ne tient pas compte des cicatrices uniquement séreuses ou muqueuses comme on peut les rencontrer lors de certaines myomectomies pour myomes sous séreux, de cures de synéchies ou de résection de polypes par hystéroscopie sans effraction du myomètre.

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

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

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

• **Adolescente :** Toute gestante dont l'âge est inférieur ou égal à 19 ans à l'admission.

• **Age obstétrical élevé :** Toute gestante dont l'âge est supérieur ou égal à 35 ans à l'admission.

• **Gestité :** Est l'état d'être enceinte.

• **Primigeste :** C'est une femme à sa première grossesse.

• **Paucigeste :** C'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse.

• **Multigeste :** C'est une femme à sa quatrième ou cinquième grossesse.

• **Multigeste :** C'est une femme à sa sixième grossesse ou plus.

• **La parité :** Est le fait d'avoir accouché.

• **Nullipare :** Il s'agit d'une femme qui n'a pas encore accouché.

• **Primipare :** Il s'agit d'une femme qui est à son premier accouchement.

- **Paucipare** : Il s'agit d'une femme qui a fait deux ou trois accouchements,
- **Multipare** : Une femme qui a fait un nombre d'accouchement compris entre 2 et 6.
- **Grande multipare** : Une femme qui a fait plus de 6 accouchements.
- **Bassin** : Son appréciation a été exclusivement clinique
- **BGR** : Lorsque l'indice de MAGNIN est inférieur à 20cm
- **Bassin limite** : Lorsque l'indice de MAGNIN est compris entre 20 et 23 cm.
- **Bon état de la cicatrice** : Cicatrice souple, avec berges régulières
- **Mauvais état de la cicatrice** : cicatrice avec chéloïde, fibrosée, dure
- **Accouchement** : C'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint un âge théorique de 28 SA.
- **Accouchement eutocique** : S'accomplit suivant un déroulement physiologique normal.
- **Accouchement dystocique** : Ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes.
- **Travail spontané** : Travail qui se déclenche de lui-même, sans interventions extérieures.
- **Travail naturel** : Travail qui se fait sous l'influence de la seule physiologie.
- **Travail dirigé** : Travail qui se fait avec une intervention extérieure.
- **Travail provoqué** : Lorsque le travail est consécutif à une intervention extérieure, généralement d'ordre thérapeutique.
- **Travail artificiel** : Qui est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale, par voie basse ou par voie abdominale.

- **Forceps** : Est un mot anglais qui signifie pince ou tenaille. Il s'agit de pinces destinées à saisir la tête du fœtus pendant le travail et à l'extraire des voies génitales maternelles.
- **Laparotomie** : Est une ouverture chirurgicale de la cavité abdominale.
- **Césarienne** : Est une intervention chirurgicale qui permet l'extraction du fœtus après une incision chirurgicale de l'utérus.
- **Apgar** : Est un score qui permet d'évaluer l'état du nouveau-né à la naissance.
- **HTA** : La tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140mm Hg et ou diastolique supérieure ou égale à 90mm Hg.
- La phase de coma plus ou moins profond dure quelques heures.
- **RPM** : Il s'agit d'une rupture spontanée de l'amnios et du chorion survenant en dehors de tout travail.

7. Traitement et analyse des données :

Les données ont été analysées sur les logiciels Epi-info version 7 de l'OMS et SPSS version 25.

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Word 2016.

8. Aspects éthiques :

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

RESULTATS

V-RESULTATS

V.1 Fréquence

Nous avons colligé 14099 dossiers de parturientes dont 702 étaient porteuses d'utérus cicatriciel selon la définition de cas soit une fréquence de 4,97%.

V.2 Aspects socio-démographiques

Tableau I : Répartition des parturientes selon l'âge

Ages (Années)	Effectif	Pourcentage
≤ 18	24	3,4
19-24	188	26,8
25-29	202	28,8
30-34	177	25,2
≥ 35	111	15,8
Total	702	100,0

Age moyen = 28 années Ecart type=11 années Extrêmes=17 et 39 années

Tableau II : Répartition des parturientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	602	85,8
Fonctionnaire	43	6,1
Vendeuse/Commerçante	42	6,0
Élève/Étudiante	14	2,0
Coiffeuse	1	0,1
Total	702	100,0

Les ménagères ont représenté la majorité des parturientes.

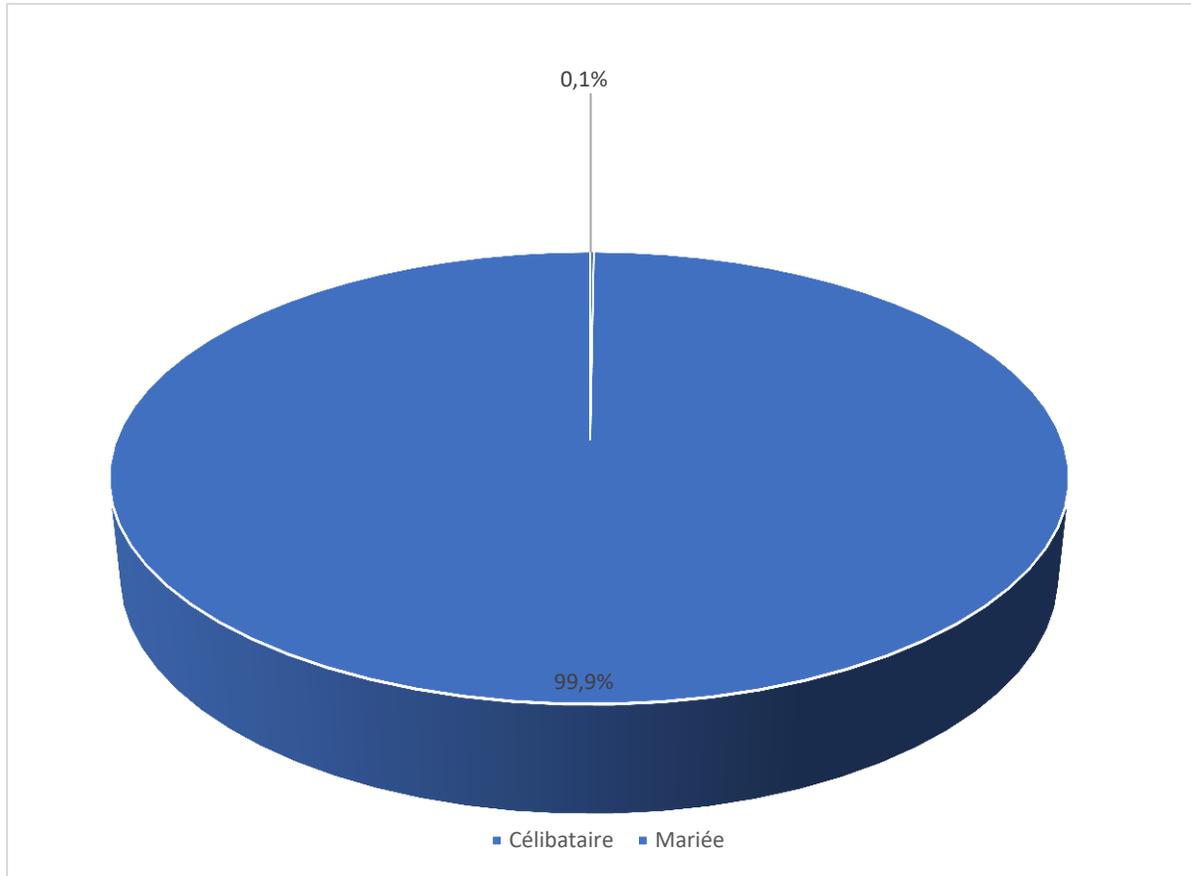


FIGURE10 : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial

Notre échantillon comportait peu de femmes célibataires.

Tableau III : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle-même	662	94,3
Référée	40	5,7
Total	702	100,0

La majorité des parturientes sont venues d'elles-mêmes au centre.

Tableau IV : Répartition des parturientes selon la référence

Centre de référence	Effectif	Pourcentage
CSCOM	18	45
Cabinet de soins	6	15
Cabinet Médical	15	37,5
Clinique	1	2,5
Total	40	100,0

La majorité des parturientes référées venaient d'un CSCOM.

Tableau V : Répartition des parturientes selon le motif de référence

Motif de référence	Effectif	Pourcentage
Utérus cicatriciel	16	40
Hémorragie/grossesse	8	20
Souffrance fœtale	3	7,5
RPM/utérus cicatriciel	6	15
Total	40	100,0

L'utérus cicatriciel était le principal motif de référence.

V.3 Aspects Cliniques

V.3-1 Antécédents

Tableau VI : Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux

Pathologies	Effectif	Pourcentage
HTA	19	2,7
Drépanocytose	1	0,1
Diabète	8	1,1
Asthme	3	0,4
AgHBs positif	2	0,3
Sans ATCD	669	95,3
Total	702	100,0

La majorité des parturientes n'avait pas d'antécédent médical.

Tableau VII : Répartition des parturientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents	Effectif	Pourcentage
Chirurgicaux		
Césarienne	693	99,5
Myomectomie	5	0,3
Rupture utérine	2	0,1
Cure de prolapsus utérin + Césarienne	2	0,1
Total	702	100,0

La césarienne était l'antécédent chirurgical le plus observé.

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Multigeste	380	54,1
Primigeste	3	0,4
Paucigeste	184	26,2
Grande multigeste	134	19,1
Total	702	100,0

Plus de la moitié des parturientes était des multigestes.

Tableau IX : Répartition des parturientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Multipare	242	34,5
Primipare	203	28,9
Paucipare	186	26,5
Grande multipare	71	10,1
Total	702	100,0

Les multipares ont représenté 34,5% des parturientes.

Tableau X : Répartition des parturientes selon l'antécédent d'accouchement/voie basse après la première césarienne

ATCD d'accouchement/Voie basse	Effectif	Pourcentage
Oui	87	12,4
Non	615	87,6
Total	702	100,0

12,4% des parturientes avaient accouché par voie basse après la première césarienne.

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

Nombre de cicatrice utérine	Effectif	Pourcentage
Unicatriciel	425	60,5
Bicatriciel	196	27,9
Tricatriciel	70	10,0
Quadricatriciel	11	1,6
Total	702	100,0

Les utérus unicatriciels ont représenté 60,5% de notre échantillon.

V.3-2 Suivi de la Grossesse

Tableau XII : Répartition des parturientes selon l'intervalle intergénésiq

Intervalle intergénésiq(Année)	Effectif	Pourcentage
1-5	646	92,0
<1	18	2,6
>5	34	4,8
Non précisé	4	0,6
Total	702	100,0

La majorité des parturientes avaient un intervalle intergénésiq compris entre 1 et 5 ans.

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon le nombre des consultations prénatales

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
≥4	394	56,1
1-3	286	40,7
0	22	4,2
Total	702	100,0

Seules 4,2% des parturientes n'ont réalisé aucune CPN.

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon le lieu des consultations prénatales

Lieu des CPN	Effectif	Pourcentage
CSRéf	640	94,3
CSCOM	18	2,6
Centre confessionnel	6	0,9
Cabinet Médical	15	2,1
Clinique	1	0,1
Total	680	100,0

La majorité des CPN était réalisée au CSRéf.

Tableau XV : Répartition des parturientes selon l'auteur des consultations prénatales

Auteur de CPN	Effectif	Pourcentage
Médecin généraliste	261	37,0
Sage-femme	226	32,2
Gynécologue-Obstétricien	190	27,1
Infirmière obstétricienne	3	0,4
Total	680	96,9

Un tiers des parturientes était suivi par des médecins généralistes.

V.3-3 Examen d'admission :

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine(cm)	Effectif	Pourcentage
31-36	607	86,5
≥36	52	7,4
< à 31	43	6,1
Total	702	100,0

La majorité des parturientes avait une hauteur utérine normale (31-36).

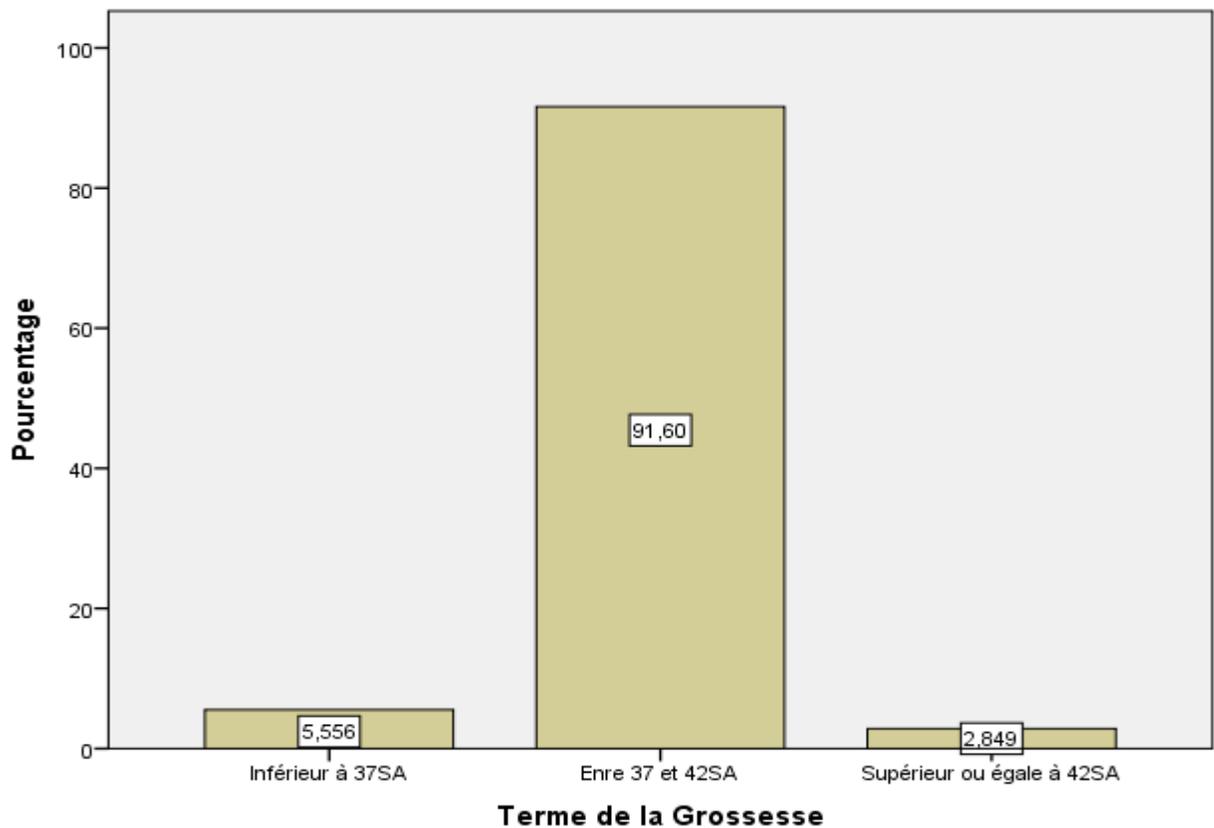


FIGURE 11 : Répartition des parturientes selon le terme de la grossesse

La grossesse était à terme chez 91,60% des parturientes (37-42 SA).

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon les bruits du cœur fœtal

Bruits du cœur fœtal	Effectif	Pourcentage
Entre 120-160	663	94,4
<120 ou >160	32	4,6
Absents	7	1,0
Total	702	100,0

A l'admission une souffrance fœtale était suspectée chez 4,6 % des parturientes.

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon l'état du col à l'admission

Etat du col(cm)	Effectif	Pourcentage
Fermé	275	39,2
Inférieur ou égal à 3	242	34,5
Supérieure à 3	185	26,4
Total	702	100,0

A l'admission le col était fermé chez 39,2 % des parturientes.

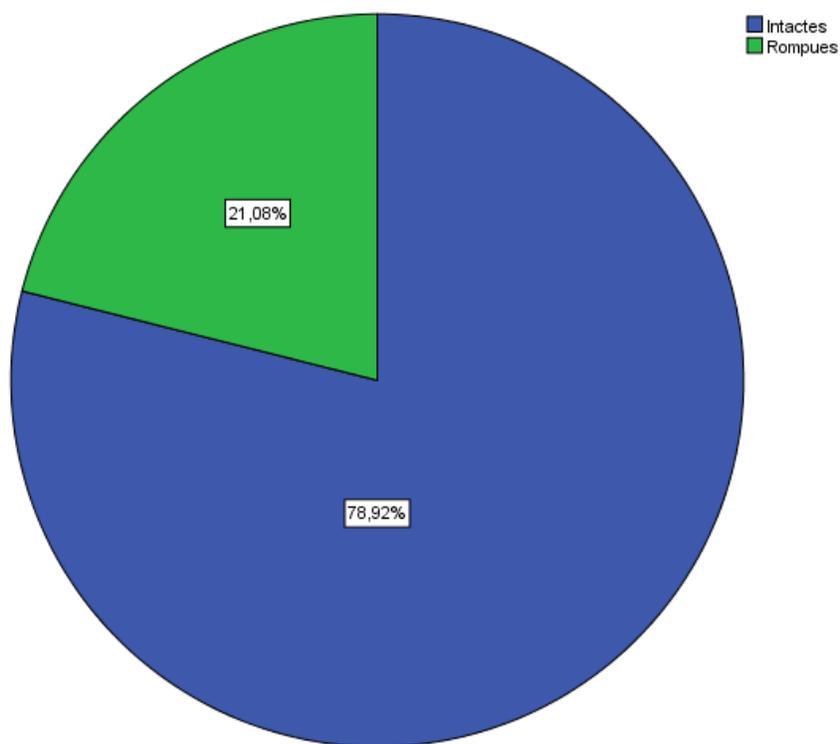


FIGURE12 : Répartition des parturientes selon l'état des membranes

Les membranes étaient intactes chez 78,92% des parturientes.

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon le type de rupture des membranes

Type de Rupture des membranes	Effectif	Pourcentage
RAM	592	84,4
RSM	76	10,8
RPM	34	4,8
Total	702	100,0

La rupture des membranes était artificielle dans la majorité des cas.

Tableau XX : Répartition des parturientes selon le type de présentation

Types de présentation	Effectif	Pourcentage
Sommet	357	50,9
Front	1	0,1
Face	1	0,1
Siège	20	2,8
Epaule	5	0,7
Présentation céphalique (variété non définie)	318	45,3
Total	702	100,0

Le type de présentation était bien précisée dans 64,7% des cas.

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon le type de bassin

Types de bassin	Effectif	Pourcentage
Normal	379	54,0
Limite	234	33,3
Généralement rétréci	72	10,3
Bassin non apprécié	12	1,7
Asymétrique	5	0,7
Total	702	100,0

Le bassin n'était pas apprécié chez 1,7% des parturientes.

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon le résultat de l'épreuve utérine

Résultat de l'épreuve utérine	Effectifs	Pourcentage
Réussite	49	84,5
Echec	9	15,5
Total	58	100,0

Une épreuve utérine était tentée chez 58 parturientes avec un taux d'échec de 15,5%.

V.4 Accouchement :

Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	49	7,0
Voie haute	653	93,0
Total	702	100,0

Seules 7% des parturientes ont accouché par voie basse.

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon le type de césariennes

Type de césarienne	Effectif	Pourcentage
Césarienne d'urgence	229	35,39
Césarienne prophylactique	348	53,79
Total	647	100,0

Les césariennes prophylactiques ont représenté 53,79% des cas.

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon les indications de la césarienne d'urgence

Indication de la césarienne d'urgence	Effectif	Pourcentage
Utérus cicatriciel/Bassin limite en travail	106	30,6
Utérus bicicatriciel en travail	72	18,1
Souffrance fœtale	12	7,5
Défaut d'engagement	11	11,3
Présentation de siège	9	2,2
BGR	17	4,2
Dilatation stationnaire	4	3,5
Placenta prævia	5	1,3
HRP	4	1,0
Syndrome de pré rupture	9	2,2
RPM	8	4,1
Procidence du cordon	5	1,2
Front	3	0,7
Face	4	0,0
Bassin asymétrique	3	0,7
Macrosomie	29	4,1
Dépassement de terme	6	1,5
ATCD de rupture utérine	1	0,3
Utérus tricatriciel	26	6,6
Grossesse gémellaire	14	3,5
Total	348	100,0

Les utérus cicatriciels sur bassin limite en travail ont représenté la majorité des indications des césariennes d'urgence.

Tableau XXVI : Répartition des parturientes selon les indications de la césarienne prophylactique

Indication de la césarienne prophylactique	Effectif	Pourcentage
Utérus bicatriciel	115	37,7
BL	61	20,0
BGR	13	4,2
Utérus Tricatriciel	41	13,4
Présentation de siège	8	2,62
IIG court	18	3,2
Dépassement de terme	3	2,3
Position transversale	6	2,6
Bassin asymétrique	3	0,9
Macrosomie	8	2,6
HTA Sévère	4	1,3
Grossesse gémellaire	7	2,3
ATCD de cure de prolapsus utérin	2	0,6
ATCD de rupture utérine	2	0,6
Utérus quadricatriciel	8	2,6
Total	299	100,0

Les utérus multicatriciels (bi, tri, quadri), les obstacles mécaniques (liés au bassin) et les présentations vicieuses étaient les principales indications à la césarienne prophylactique.

Tableau XXVII : Répartition des parturientes ayant fait la rupture utérine avant l'admission au CSRéf selon le type d'intervention

Type d'intervention pour la rupture utérine	Effectif	Pourcentage
Hysterorraphie	4	66,7
Hystérectomie d'hémostase	2	33,3
Total	6	100,0

La majorité des parturientes ayant fait la rupture utérine avant l'admission ont subi une hysterorraphie.

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon le geste associé à la césarienne

Gestes associés	Effectif	Pourcentage
Ligature et résection des trompes	31	58,5
Pose de DIUPP	21	39,6
Suture de la lésion vésicale	1	1,9
Total	53	100,0

La ligature et résection des trompes était le geste fréquemment associé à la césarienne.

V-5 Evolution des suites de couches :

Tableau XXIX : Répartition selon l'évolution les suites de couches des patientes ayant accouché par voie basse

Suites de couches	Effectif	Pourcentage
Simple	49	100%
Complicées	0	0,00%
Total	49	100,0

Aucune complication n'était observée chez les parturientes ayant accouché par la voie basse.

Tableau XXX : Répartition selon l'évolution des suites de couches des patientes ayant accouché par voie haute

Suites de couches	Effectif	Pourcentage
Simple	636	97,39
Anémie	12	1,84
Suppuration pariétale	3	0,46
Endométrite	2	0,31
Total	653	100,0

Les suites opératoires étaient simples chez 97,3% des parturientes césarisées.

Tableau XXXI : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1min

Score d'Apgar à la 1min	Effectif	Pourcentage
Inférieur à 7 à la 1min	27	3,9
Supérieur ou égal à 7 à la 1min	665	94,7
Zéro à la 1min	10	1,4
Total	702	100,0

Nous avons enregistré 1,4% de mort-nés.

Tableau XXXII : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 5min

Score d'Apgar à la 5min	Effectif	Pourcentage
Inférieur à 7	5	0,8
Entre 7 et 10	685	98,9
Zéro	2	0,3
Total	692	98,6

Deux décès néonataux ont été enregistré à la 5^e minute.

Tableau XXXIII : Répartition des nouveau-nés selon le poids à la naissance

Poids à la naissance(gramme)	Effectif	Pourcentage
< 2500	63	8,9
2500-4000	602	85,8
>4000	37	5,3
Total	702	100,0

Une macrosomie fœtale était observée dans 5,3% des cas.

Tableau XXXIV : Répartition des nouveau-nés selon la référence en néonatalogie

Reference en Néonatalogie	Effectif	Pourcentage
Oui	169	24,4
Non	523	75,6
Total	692	100,0

Un tiers des nouveau-nés était référé en néonatalogie.

V.6 Pronostic :

Tableau XXXV : la voie d'accouchement et le nombre de cicatrice

Voie d'accouchement	Nombre de cicatrice		Total
	Unicatriciel	Multicatriciel	
Voie basse	49(100,00%)	0 (0,00%)	49 (100%)
Voie haute	425(65,08%)	228 (34,92%)	653 (100%)
Total	474 (67,52%)	228(32,48%)	702(100%)

La voie basse était la plus pratiquée dans l'utérus unicatriciel(100%) que dans l'utérus multicatriciel(00%) tandis que dans l'utérus multicatriciel la voie haute était la plus pratiquée(00% vs 34,92). $p=3.10^{-9}$

Tableau XXXVI : Relation entre la voie d'accouchement et l'évolution des suites de couches

Voie d'accouchement	Suites de couches		Total
	Simplees	Complicuees	
Voie basse	49(100,00%)	0 (0,00%)	49 (100%)
Voie haute	636(97,40%)	17 (2,60%)	653 (100%)
Total	685(97,58%)	17(2,42%)	702(100%)

Il y avait plus de suites de couches complicuees dans la voie haute (2,60%) que dans la voie basse (00%) mais la difference n'etait pas significative. ($p = 0,62$)

Tableau XXXVII : La voie d'accouchement et le score d'Apgar à la première minute

Voie d'accouchement	Score d'Apgar à la Première Minute		Total
	Minute		
	Score d'Apgar < 7	Score d'Apgar ≥ 7	
Voie basse	8 (16,33%)	41 (83,67%)	49 (100%)
Voie haute	29 (4,44%)	624 (95,56%)	653 (100%)
Total	37 (5,27%)	653 (94,73%)	702(100%)

Le pronostic foetal etait plus mauvais dans la voie basse (16,33%) que dans la voie haute (4,44). $p=25.10^{-3}$

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

I. Fréquence :

Dans notre étude la prévalence de l'accouchement sur utérus cicatriciel était de 4,97% soit 702 cas sur 14099 accouchements.

Cette fréquence observée s'explique par l'augmentation du nombre d'accouchement effectué, la gratuité de la césarienne et la disponibilité du personnel qualifié au centre de santé de référence de la CI. Elle est bien concordante avec celles de la littérature qui varient entre 0,97% et 13,6%. Boisselier [4] et Saint HILAIRE [13] avaient trouvé en France 5,3% ; Rosenberg en France 6,6% [16] ; A. Lokossou et coll avaient trouvé 5,4% [14] ; CISSE CT au Sénégal 1,5% [15] ; VAN ROOSMALEN au Tanzanie 1,8% [17] ; TSHILOMBO au Congo 5,85% [18] ; Ouattara A. au Mali 3,7% [19] ; Diadhou MT au Sénégal avait trouvé 7,5% [20] ; Flamm BL aux Etats-Unis 9,2% [26].

II. Facteurs influençant les modalités d'accouchements

1.Age :

Certains auteurs constatent que l'âge et d'autres facteurs sociodémographiques ne peuvent être jugés comme facteurs de risques influençant le mode d'accouchement sur utérus cicatriciel [21,29,31]. D'autres pensent que l'âge jeune des parturientes intervient positivement dans le succès de l'épreuve utérine [20,22,30]. Nos extrêmes d'âges se situent entre 17 et 39 ans, comparables à celle retrouvée par HAMET A. [3] qui a obtenu 16 ans et 48 ans. Le jeune âge des parturientes s'explique par le mariage précoce qui expose les femmes aux grossesses sur bassins immatures (11cas dans notre étude) occasionnant ainsi des césariennes qui augmentent la fréquence des utérus cicatriciels.

2.Parité :

De nombreux auteurs [27,28] pensent que la multiparité est un facteur de fragilisation de la cicatrice et par conséquent un facteur prédisposant à l'échec de l'épreuve utérine et notent que ce risque est majeur chez les grandes multipares.

Notre étude a trouvé que la multiparité associée aux antécédents d'accouchements par la voie basse favorise le succès de l'épreuve utérine environ 84,5%. Nos parités extrêmes sont entre 0 et 11, comparables à celles de la littérature : HAMET [3] a trouvé 1 et 13 ; Benzerdjeb [10] a obtenu 2 et 12.

3. Antécédent d'accouchement par la voie basse :

Le plus grand nombre d'auteurs trouve que le fait d'avoir déjà accouché par la voie basse est un des facteurs prédictifs le plus fiable pour un nouvel accouchement par la voie basse [22 , 26 , 27]. En fait un accouchement par la voie basse sur utérus cicatriciel confirme la solidité de la cicatrice. Dans notre étude les antécédents d'accouchements par la voie basse après la première césarienne ont fait un succès de 87,6% d'épreuve utérine.

4. Nombre de cicatrice :

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

BLANC [21] constate qu'on peut admettre l'épreuve utérine sur utérus cicatriciel mais dans certaines conditions :

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

L'ensemble des résultats et la revue de la littérature montrent qu'une épreuve utérine sur utérus bicicatriciel est une option raisonnable dans la mesure où les

parturientes sont soigneusement sélectionnées et si les moyens techniques et du personnel permettent une prise en charge optimale du travail et les éventuelles complications. Dans notre étude, nous n'avons enregistré aucune épreuve utérine sur utérus mult cicatriciels. Si d'une part une parturiente porteuse d'un utérus bicicatriciel, admise dans le service à la période expulsive a accouché par la voie basse sans aucune complication materno-fœtale ; d'autre part nous avons enregistré deux cas de ruptures utérines diagnostiqués sur utérus bicicatriciels et quatre sur utérus cicatriciel/bassin limite dès l'admission.

5.Suites opératoires de la césarienne antérieure :

Plusieurs études montrent que l'endométrite du post-partum augmente le risque de rupture utérine lors des grossesses ultérieures [22]. CHIPP trouve que l'association d'une fièvre du post-partum et la rupture utérine est réelle [22]. ACCOG note que les suites opératoires méconnues à elles seules ne doivent pas contre-indiquer la voie basse [23].

Dans notre étude, les suites opératoires étaient méconnues. Sa méconnaissance n'a pas contre-indiqué la voie basse et les résultats sont satisfaisants.

6.Délai intergénésiq ue :

De nombreux auteurs trouvent qu'un délai intergénésiq ue minimal de deux ans est recommandé mais n'est pas un critère suffisant pour contre-indiquer l'épreuve utérine. [4 ,11, 13, 29]. Un court délai intergénésiq ue est non seulement associé à un risque de rupture utérine mais aussi un risque d'hypotrophie, d'accouchement prématuré, de rupture prématuré des membranes et de placenta accréta. [20]. ESPOSITO trouve qu'un intervalle intergénésiq ue à six mois augmente le risque de rupture utérine [24]. CHIPP rapporte qu'un intervalle intergénésiq ue inférieur à dix-huit mois augmente le risque de rupture utérine de trois fois [22].

D'après cette revue de la littérature le court délai intergénésiq ue augmente le risque de rupture utérine. Dans notre étude 2,6% des gestantes avaient un délai

intergénésiq ue inférieur à 1an, ce taux est inférieur à celui trouvé par OUTTARA A. avec 10,7% [19] et à celui trouvé par Ba A. qui est de 29,5% [2].

Dans notre série le court délai intergénésiq ue a fait indiquer la césarienne dans 18 cas ; soit 2,60% de l'ensemble des accouchements par césarienne.

7.La consultation prénatale :

Dans notre étude, 680 gestantes avaient fait au moins une consultation prénatale, soit 98,86%. Ce taux est supérieur à ceux des enquêtes sociodémographiques III et IV du Mali de 2001et 2006 qui a passé de 58% à 70%. Deux cent quatre-vingt-six gestantes ont fait moins de quatre consultations prénatales, soit 40,7%. Ce taux inférieur à celui recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé s'explique par le niveau d'information des parturientes, qui est fonction des conditions socio-économiques.

8.Etat du bassin :

La césarienne prophylactique doit être la seule voie d'accouchement pour les bassins chirurgicaux. La confirmation de bassin rétréci se fait par la mensuration clinique et la radiopelvimétrie. Dans notre étude le bassin rétréci a représenté 4,2% des indications de césariennes prophylactiques et 4,2% de césariennes d'urgence.

9.Présentation fœtale :

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

Cependant cette attitude n'est pas acceptée par certains auteurs qui rapportent que l'épreuve utérine dans une présentation du siège donne de bons résultats avec un faible taux de complications [18, 29]. L'accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation du siège expose à un risque de rupture utérine lors des manœuvres d'extractions. Dans notre étude les présentations irrégulières ont constitué une indication systématique de césarienne.

10.Surdistention utérine :

Pendant notre période d'étude, quelle que soit la cause (une grossesse gémellaire, une macrosomie fœtale), la Surdistention utérine constatée dans le service au cours d'une consultation prénatale a été une indication systématique de césarienne prophylactique en présence d'un utérus cicatriciel [5 , 6 , 24].

Dans notre étude 44 cas de grossesses (gémellaires et macrosomes) ont accouché par césarienne.

11.La révision utérine :

La crainte d'une rupture utérine asymptomatique après l'accouchement par la voie basse a conduit à la révision utérine. Le caractère systématique de la révision utérine est actuellement contesté du fait de son faible intérêt diagnostique du risque traumatique et infectieux [29].

Plusieurs auteurs concluent que la révision utérine ne doit pas être systématique mais réservée aux parturientes symptomatiques. [27, 28, 29].

Dans notre étude, la révision utérine n'a été pratiquée parce que les patientes ne présentaient pas de signes cliniques qui la justifiaient.

III. Modalités d'accouchements :

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

1.L'accouchement par la voie basse :

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

Dans notre étude, elle était autorisée chez 8,26% des parturientes avec un taux de réussite de 84,5%. Ce taux élevé est lié à une meilleure sélection des parturientes candidates à l'épreuve utérine. La disparité des résultats rapportés par la littérature est due à la différence des conditions médicales, l'absence d'une attitude homogène adoptée par les obstétriciens face à un utérus cicatriciel.

2.L'accouchement par la voie haute :

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

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

D'autres au contraire ont tenté de prouver que certains de ces éléments ne contre-indiquent pas la voie basse [1, 2, 3, 4, 28]. Dans notre service, l'accouchement sur un utérus cicatriciel reste beaucoup tributaire de la césarienne.

En effet, 92,2% des patientes qui ont des utérus cicatriciels ont accouché par césarienne ; Ce taux relativement important s'explique par la prévalence élevée des indications de césarienne. Notre taux de césarienne prophylactique itérative est de

42,9 %, il est inférieur à celui de CISSÉ [15] au Sénégal qui a obtenu 45,5% ; et supérieur à celui de TCHILOMBO [18] au Congo a trouvé 36,5%. Notre taux de césarienne prophylactique inférieur à ceux de la littérature peut s'expliquer par le retard dans la référence des gestantes porteuses d'utérus cicatriciel au centre obstétrico-chirurgical avant 37 SA car 37,64% des césariennes itératives sont faites en urgence.

IV-Pronostic maternel :

1.Morbidité :

Les auteurs sont unanimes pour considérer l'échec de l'épreuve utérine comme le principal élément pourvoyeur de morbidité maternelle. Dans notre série, nous n'avons pas enregistré de cas de morbidité maternelle après l'accouchement par la voie basse. Par contre, dans le groupe des accouchements par césarienne nous avons recensé la prédominance de l'anémie par l'hémorragie 12 cas ; soit 1,84%.

2.Mortalité :

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

V. Pronostic fœtal :

Nous avons enregistré 702 naissances dont 10 mort-nés soit 1,4%. Ce résultat est inférieur à ceux de COULIBALY M.F [25] :5%, OUATTARA A. [19] : 6% et. HAMET A [3] : 7%. Ces morts in utéro ont un lien avec la non ou la mauvaise surveillance des grossesses lors des consultations prénatales et souvent le retard pris dans les références.

Nous avons enregistré un bon score d'Apgar (8-10) à la 1ère minute de vie extra utérine dans 94,7% (665 cas) contre 3,9% (27 cas) d'Apgar inférieur à 7 ayant tous été réanimés dans le service.

Malheureusement 0,3% (2 cas) de décès néonataux par détresse respiratoire ont été recensés dans les cinq premières minutes qui ont suivi leur naissance malgré la réanimation.

Ce faible taux de décès s'explique par la promptitude dans la prise en charge, malgré un défaut de plateau technique de réanimation performant pour le nouveau-né.

Les nouveau-nés avec un poids de naissance compris entre 2500g et 4000g représentaient 85,8% soit 602 enfants sur 702 naissances. Ceci s'explique par le fait que 89,2% des accouchements ont été effectués à terme. Ce taux est comparable à ceux de COULIBALY M.F [25], OUATTARA A. [19] et CISSE [15] qui ont trouvé respectivement 84,8% ;85,7% et 88%.

Dans notre étude 24,4% des nouveau-nés étaient adressés au service de néonatalogie pour une prise en charge.

Cette référence a concerné tous les nouveau-nés par césarienne ou par voie basse ayant présenté une particularité et les nouveau-nés de mère porteuse d'une pathologie médicale.

CONCLUSION

CONCLUSION :

Dans notre étude les accouchements sur utérus cicatriciel ont représenté 4,97%. Cette fréquence non négligeable sera en augmentation à cause de la multiplication des indications de césarienne.

Nous avons réalisé l'épreuve utérine chez 58 de nos patientes avec une réussite de 84,5% ce qui laisse comprendre qu'en dehors d'une indication absolue de césarienne que la voie basse doit être privilégiée.

Le pronostic maternel est meilleur pour les accouchements par voie basse que par césarienne.

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

La prévention des complications materno-fœtales des accouchements sur utérus cicatriciel passe par une consultation prénatale de qualité.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Nos recommandations s'adressent :

1.A LA POPULATION :

- Suivre les consultations prénatales dès le début de la grossesse ; Accoucher en milieu chirurgical et s'y présenter avant 37 semaines d'aménorrhée ;
- Se munir de tous les documents de l'intervention précédente.
- Participer à la dotation de banque de sang par des dons volontaires réguliers.

2. Au PERSONNEL SOCIO-SANITAIRE :

- Sensibiliser les gestantes sur l'importance des consultations prénatales et sur les signes de gravité particulière liés aux utérus cicatriciels,
- Remplir correctement les dossiers médicaux et compte-rendu opératoires, en y portant des renseignements sur les suites opératoires, la qualité de la cicatrice utérine,
- Accentuer l'IEC auprès des femmes porteuses d'utérus cicatriciel sur les risques liés aux grossesses ultérieures,
- Suivre les normes et procédures en vigueur dans le service sur les utérus cicatriciels.

3. Aux AUTORITES POLITIQUES :

- Créer un service de réanimation néonatale au sein de la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune I.
- Renforcer la capacité de la mini-banque de sang.
- Archivage électronique des dossiers médicaux.
- Assurer la formation continue des prestataires
- Renforcer le système de référence – évacuation par un appui en logistique et ressources financières,
- Renforcer le plateau technique du service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune I par une dotation en appareil de monitoring, échographique, matériels de réanimation du nouveau-né.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Dembélé BT.** Etude Epidémiologique clinique, et pronostique des ruptures utérines au centre de sante de référence de la commune V du district de BAMAKO a propos de 114 cas Thèse de Médecine Bamako 2002 : 02 M 14
2. **BA A.** Grossesse et accouchement sur uterus cicatriciel : a propos d'étude cas temoins. These de medecine, Bamako, **2003 N°72**
3. **Hamet A Tidjani, A Gallais, M. Garba** L'accouchement sur uterus cicatriciel au Niger : a propos de 590 cas. Med. D'Afr. Noire : fevrier 2001, tome 48 (2) : 63-66
4. **Boisselier P., Maghioracos P., Marpeau L.** Evolution dans les indications de cesariennes. J. Gynecol Obstet Biol Reprod 1987
5. **Deneux-Tharaux C.** Utérus cicatriciel : aspects épidémiologiques. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2012;41(8):697-707
6. **Paul RH, Millér DA** césarean birth: how to reduce the rate. A.M g obstet gynecol 1995, 172:1903-1911
7. **Recommandation pour la pratique clinique, CNGOF.** Césarienne, conséquence et indication. J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris 2000299-108
8. **Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F,** Coordination nationale des Enquêtes Nationales Périnatales. [Trends in perinatal health in France between 1995 and 2010: Results from the National Perinatal Surveys]. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. avr 2012;41(2):151-66
9. **Hazim M.** Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Hassan II de Khouribga (A propos de 100 cas) en 2006
10. **B. Benzerdjeb** Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Mère-Enfant de Tlemcen (A propos de 320 cas) en 2016
11. **Traoré M.A.** Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de sante de référence de la commune v en 2010

12. **Bengaly B.** Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de sante de référence de Kati en 2012
13. **Saint hilaire P, Gaucherand, Bagou G, Rudigoz RC.,** Grossesse et utérus cicatriciel. *Encycl. Med. Chir. Paris, Gyneco-obstetrique*,5-030-A-20, 1992 : 1-16.
14. **A. Lokossou, J. DE Souza, S. Adisso, I. Takpara, M.O.Adognigo, E. Alihonou,** Accouchement dans les utérus cicatriciels et risques obstétricaux. *Médecine d'Afrique Noire*, 2008, Tome 55. N° 5 : 277-83
15. **Cissé CT., Ewagnignon E., Terolbe I., Diadhou F.,** Accouchement sur utérus cicatriciel au Dakar .*J. Gynecol Biol.Reprod.* 1999 : 1167-75
16. **ROzenberg P., Goffinet F, Phillpe HJ, Nisand L.,** Mesure échographique de l'épaisseur du segment inferieur pour évaluer le risque de rupture. *J. Gynecol Obstetrique. Biologie de la Reproduction*, 1997; 347 : 281-84
17. **Van Roosmalen J.** Vagnal bith after Cesarean Selection in rural Tanzania. *Int J. Gynecol*, 1991; 37: 375-86
18. **Tshilombo K.M., Mputul, Nguma L., Wolomby M., Tozin R., Yanga K.,** Accouchement chez les gestantes Zairoises anterieurement cesarisees, analyse de 145 cas *J. Gynecol obstetr et Biologie de la Reproduction* 1991 : 568-74
19. **Outtara Al.** Accouchement sur uterus cicatriciel au CSRef CV du District deBamako a propos de 570 cas. *These de Med.* 2004, 85p
20. **Diadhiou M. T. ; Moreira P. ; Diouf A. ; Faye E.O. ;Moreau J.C. ; DIADHIOU F.** L'accouchement sur utérus cicatriciel : résultats préliminaires a propos de 288 cas. *Congres de la SAGO : Bamako* 2003
21. **Blanc B :** Accouchement par la voie basse et uterus cicatriciel. *j. Gynecol. Obstet. Biol.Reprod ;* 1998 ; 24 :183-6
22. **Shipp T.D; Zelop C; Cohen A; Repke J.T; Lieberman E.** Interdelivery INTERVAL AND RISK OF SYMPTOMATIC UTERINE RUPTURE *Obstet. Gynecol*,2001, 97 (2): 175-7

- 23. Accog Practice Bulletin** Vaginal birth after previous caesarean delivery Int. J. Gynecol. Obstet; 1999; 66; 197-204
- 24. Esposito M.A; Menihanc A; Malee M.P.** Association of interpregnang interval with uterine scar failure in labor: A case control study
Am. J. Obstet. Gynecol, 2000, 183 (5)
- 25. Coulibaly M.F** Accouchement sur uterus cicatriciel (a propos de 215 cas) au CHU du point G BAMAKO, Mali :09 M 412
- 26. Flamm B.L** Once caesarean always a controvercy
Obstet. Gynecol; 1997 ; 90 (2) : 312-15
- 27. El Mansouri A.** Accouchements sur utérus cicatriciel. A propos de 150 cas. Rev Fr Gynecol Obstet, 1994 ; 89,12:606-12
- 28. Outifa M.; Nejjar H.; Tazi Z.; El amreni N.; Belghiti L.; Saadi N. et Al:** Accouchement du siège sur utérus cicatriciel Mar. Med 1999 ; 21 (3) : 200-02
- 29. Perrotin F.; Marret H. ;Fignon A.; Body G. ; Lansac**
Uterus cicatriciel: la révision utérine systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement par voie vaginale est-elle toujours utile ? Journal Gynecol. Obstet. Biol ,1999 :28 :253-62
- 30. Thoulon JM.** Les gestes interdits sur l'utérus cicatriciel gravide. Rev FrGynecol Obstet 1981 ; 76 : 135-139
- 31. Ruiz-Vetasco V ; Rosas Arceo J.** Appréciation de la cicatrice de Césarienne. Rev. Fr Gynecol ; 1971 ; 66 : 83-93

ANNEXES

ANNEXES

Fiche d'enquête No1

I-Identification de la patiente

Q1Nom :

.....
.....

Q3Prénom :

.....
.....

Q4Age :...../...../.....1. Inférieur ou égal à 18ans

2. Compris entre 19 et 24 ans 3. Compris entre 25 et 29 ans 4. Compris entre
30 et 34ans 5. Supérieur ou égal à 35ans

Q5Adresse :

.....
.....

Q6Ethnie :/...../.....

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

Q7Date d'entrée :

.....
.....

Q8Profession de la patiente :

...../...../.....

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

Q9 Statut matrimonial : 1. Célibataire 2. Mariée 3. Veuve

Q10 Niveau d'instruction :/.....
/.....

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

Q11 Procréateur : 1. Nom et Prénom 2. Age :
..... 3. Adresse : 4. Profession :
..... 5. Niveau d'instruction :
.....

II-Admission

Q12 Mode d'admission : 1. Venue d'elle-même 2. Référée 3. Evacuée

Q13 Provenance
...../...../.....
.....

1. Domicile 2. CSCOM 3. Centre confessionnel 4. Cabinet
5. Clinique 6. Autre

Q14 Motif d'admission :
...../...../.....

1. CUD 2. Hémorragie 3. Défaut d'engagement 4. Souffrance fœtale aiguë
5. Dilatation stationnaire 6. RPM 7. Utérus cicatriciel 8. Autre

Q15 : Moyen de transport :
...../...../.....

1. Ambulance 2. Taxi 3. Voiture personnelle

4. Autre

III- ANTECEDENTS

Q16 Antécédents personnels chirurgicaux :

...../...../.....

1. Césarienne 2. Myomectomie 3. Salpingectomie 4. Cure de prolapsus

5. Ovariectomie 6. Hystérorraphie pour rupture utérine 7. Autre

Q17 Antécédents gynécologiques :

...../...../.....

Q18 cycle :

1. Cycle régulier 2. Cycle irrégulier

Q18b Notion d'IST :

1. Oui 2. Non

Q18c Métrorragie :

Q18d Dysménorrhée :

1. Oui 2. Non

Q18e Contraception :

1. Oui 2. Non

Q18f Autre :

1. Oui 2. Non

Q19Antécédents obstétricaux :

.....

Q19aGestité :/...../.....

1. Primigeste 2. Paucigeste3.Multigeste 4. Grande multipare

Q19bParité :/...../..... 1.P0 2. P1

3. P2-P3 4. P4-P5 5.P> ou égal à 6

Q19cNombre d'enfants vivants :/...../.....

1. Sans enfant vivant 2. Un enfant vivant 3.2-5 Enfants vivants

3. Enfants vivants > ou égal à 6

Q19dNombre d'enfants décédés :/...../.....

1.1 2.2 à 5 3.> ou égal à 6 4. Aucun.

Q19eNombre de morts nés :/...../.....

1.1 2.2 3. Plus de 2 4. Aucun.

Q19fNotion d'avortement :/...../.....

1.Spontané 2. Provoqué 3. Aucun.

Q19gIntervalle inter génésique :/...../.....

1. Moins de 1an 2.1 à 5ans 3. Plus de 5ans

Q20Antécédentsfamiliaux :

...../...../.....

.....

1.HTA 2. Drépanocytose 3. Diabète 4. Asthme 5. Aucun 6. Autre

.....

IV GROSSESSE ACTUELLE

Q21 Terme de la grossesse :/...../.... 1. Moins de 37SA 2. Entre 37-42SA 3. Supérieur à 42SA

Q22 Consultation prénatale :

...../...../.....

1. Oui 2. Non

Q23 Lieu de CPN :/...../..... 1. CSCom 2. CSRef
3. Autre

Q24 Nombre de CPN :/...../..... 1. 0CPN 1. (1 à 3 CPN)
2. (4 ou plus CPN)

Q25 Qualification du prestataire :/...../..... 1. Médecin 2. Sage-
femme 3. Matrone 4. Autre

.....
.....

Q26 BPN :/...../..... 1. Réalisé

2. Non réalisé

Q27 Albuminurie :/...../..... 1. Non réalisé

2. Positif 3. Négatif

Q28 Glucosurie :/...../..... 1. Non réalisé

2. Positif 3. Négatif

Q29 Syphilis :/...../..... 1. Non réalisé

2. Positif 3. Négatif

Q30HIV :/...../.....1. Non réalisé

2. Positif 3. Négatif

Q31AgHbs :/...../.....1. Non réalisé

2. Positif 3. Négatif

Q32Toxoplasmose :/...../.....1. Non réalisé

2. Positif 3. Négatif

Q33Echographie :/...../.....1. Oui 2. Non

Q34VAT : 1.VAT1 2. VAT2

3. Rappel

Q35Prophylaxie anti palustre en SP :/...../.....

1.Oui 2. Non

Q35Supplémentation en fer :

...../...../.....1. Oui 2. Non

Q36Pathologie au cours de la grossesse :/...../...1.HTA 2. Diabète

3. Drépanocytose 4. Placenta prævia 5. Autre

V- Examen clinique à l'admission

Q37Taille de la patiente : 1. Inférieure à

150cm 2. Supérieure ou égale à 150cm

IMC :1. Inférieur à 18.5 2. Compris entre 18.5 et 25

3. Supérieur ou égal à 25

Q38Température maternelle : 1. Inférieur à 37°C

2. Entre 37 et 37,5°C 3. Entre 37,5-38°C 3 = Plus de 38°C

Q39 Conjonctives : 1. Bien colorées

2. Moyennement colorées 3. Pâles

Q40 Etat de la conscience :

1=lucide 2=altérée

VI-Examen Obstétrical

Q41 Axe de l'utérus :/...../..... 1. Longitudinal

2. Oblique 3. Transversal

Q42 Hauteur utérine :/...../..... 1. Inférieure à 30cm 2. Entre 30-

36cm 3. Supérieure à 36cm

Q43 Nombre de fœtus :/...../..... 1. Unique 2. Gémellaire

3. Grossesse multiple

Q44 La fréquence des BDCF :/...../..... 1. BDCF absents

2. Inférieur à 120bat/min 3. Entre 120-160bat/min 4. Supérieur à 160bat/min

Q45 Contractions utérines : .../...../..... 1. Absence de contraction

2. Régulières 3. Irrégulières

Q46 Consistance du col :

...../...../..... 1. Mou

2. Ferme 3. Dur

Q47 Position du col :/...../.....

1. Antérieure 2. Centrale 3. Postérieure

Q48 Longueur du col :/...../..... 1- Long 2- Moyen 3- Court

4. Effacé

Q49 Dilatation du col :/...../..... 1. Inférieure à 4cm

2. Supérieure ou égale à 4cm

Q50 Poche des eaux :

...../...../..... 1. Intacte

2. Rompue

Q51 Type de rupture des membranes :/...../.....

1.RPM 2.RSM 3.RAM

Q52 Aspect du liquide amniotique :/...../.....

1. Clair 2. Verdâtre 3. Jaunâtre 3. Méconial 4. Sanglant

Q53 Type de présentation :/...../.....

1. Sommet 2. Bregma 3. Front 4. Face 5. Siège 6. Epaule

Q54 Engagement :/...../..... 1. Oui 2. Non

Q55 Bassin :/...../..... 1. Normal 2. Généralement rétréci

3. Limite 4. Asymétrique

Q56 Voie d'accouchement :/...../..... 1. Epreuve utérine

2. Césarienne

VII-CESARIENNE

Q57 Diagnostique

retenu...../...../.....

.....

1. Siège/utérus cicatriciel 2. Macrosomie fœtale/utérus cicatriciel

3. Grossesse gémellaire/utérus cicatriciel 4. Utérus cicatriciel/bassin

généralement rétréci 5. Utérus cicatriciel/bassin limite 6. Autre

Q58 Type de césarienne :/...../.....

1. Urgence
2. Programmée

Q59 Type d'incision :/...../.....

1. IMSO
2. Pfannenstiel
3. Joel Cohen

Q60 Type d'hystérotomie :/...../..... 1. Corporéale

2. Segmentaire transversale
3. Corporo-segmentaire

Q61 Qualification de l'opérateur :/...../.....

1. Interne
2. Médecin généraliste
3. Gynécologue-obstétricien.....

Q62 Gestes associés :/...../..... 1. DIUPP

2. Ligature résection des trompes
3. Adhésiolyse

Q63 Type d'anesthésie : 1. Anesthésie générale

2. Anesthésie locorégionale

Q64 Qualification de l'anesthésiste :/...../..... 1. Assistant médical

2. Résident en anesthésie-réanimation
3. Anesthésiste
4. Autre

VIII-Etat du nouveau-né

Q65 Nombre :/...../..... 1. 1 2. 2 3. 3 4. Supérieur ou égal à 4

Q66 Sexe/...../.....: 1. Masculin 2. Féminin 3. Autre

Q67 Vivant :/...../..... 1. Oui 2. Non 3. Si non

préciser la cause :

Q68 Poids :/...../..... 1. Inférieur à 2500g

2. Entre 2500-4000g 3. Plus de 4000g

Q69 La taille :/...../..... 1. Moins de 47cm

2. Supérieure ou égal à 47cm

Q70 Apgar :/...../..... 1. Inférieur à 7 à la 1ère min

2. Entre 7 et 10 à la 1ère min

Q71 Transféré au service de néonatalogie :

...../...../..... 1. Oui 2. Non

Q72 Malformation :/...../..... 1. Oui 2. Non

Si oui préciser :

XI-EVOLUTION

Q73 Complication voie basse :

...../...../..... 1. Oui

2. Non

Q74 Déchirure du périnée :/...../.....

1. Oui 2. Non

Q75 Hémorragie de la délivrance :

...../...../.....

1. Oui 2. Non

Q76 Etat de choc :

...../...../.....

1. Oui 2. Non

Q77Déhiscence :

...../...../.....

1.oui 2. Non

Q78Rétention placentaire :

...../...../.....

1. Oui 2. Non

Q79Décès :/...../.....

1.Oui 2. Non

Q80Suites de la césarienne :/...../.....

1.Suites Simples 2. Suites Compliquées

Q81Hémorragiques :/...../.....

1.hémorragie interne 2. Hémorragie externe

Q82Infectieuses :/.../.... 1.suppuration pariétale 2. Endométrite

3. Péritonite 4. Septicémie

Q83Thromboemboliques :/...../.....

1. Oui 2. Non

Q84Lésions associées : .../.../..... 1. Blessure de la vessie

2. Blessure digestive

Q85anesthésiologies :/.../..... 1.Oui

2. Non

Q86Autre :/...../.....

1. Oui 2. Non

Q87décès maternel :/...../.....1. Oui 2. Non Si oui

préciser la cause du décès :

.....
.....

Q88Traitement :/...../..... 1.Antibiothérapie

2. Antibio prophylaxie 3. Transfusion sanguine 4. Autre

FICHE SIGNALITIQUE :

Nom : DIABATE

Prénom : Al-Hassan

Titre de thèse : Problématique de l'accouchement sur utérus cicatriciel au CSRef CI du District de Bamako.

Année universitaire : 2018-2019

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique et Néonatalogie.

RESUME :

But : Etudier la problématique de l'accouchement sur utérus cicatriciel en particulier décrire les voies d'accouchement et évaluer le pronostic materno-foetal afin de proposer une conduite pratique.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et transversale des données sur toutes les parturientes admises à la maternité du centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako pendant la période de l'étude qui s'est étendue du 1er janvier 2019 au 31 Décembre 2020 avec l'élaboration d'une fiche d'enquête portant 88 questions. Les données ont été analysées sur les logiciel Epi-info version 7 de l'OMS et SPSS version 25.

Résultats : Dans notre étude 702 cas ont été colligés à la maternité du CSREF CI sur un total de 14099 accouchements soit 4,97%.

Chaque parturiente avait au moins un antécédent de césarienne.

L'épreuve utérine a été indiquée chez 49 parturientes ; soit 7% avec un taux de succès de 84,5% ; soit 49 cas.

La césarienne a été pratiquée chez 97%(647cas) des parturientes réparties de la façon suivante :

- ✓ **53,79% (397 cas)** de césariennes faites en urgence ;
- ✓ **46,21% (299 cas)** de césariennes prophylactiques avec utérus bicatriciel comme principale indication.

Six (6) cas de rupture utérine ont été enregistrés.

Aucun décès maternel n'a été enregistré.

Nous avons enregistré 12 décès néonataux dont 6 décès à la suite de rupture utérine.

Conclusion : Le pronostic maternel est meilleur pour les accouchements par voie basse que par césarienne.

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

La prévention des complications materno-fœtales des accouchements sur utérus cicatriciel passe par une consultation prénatale de qualité.

Mots clés : Utérus cicatriciel, Grossesse, Voie d'accouchement, Pronostic

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 !