

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR**



**REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire : 2015- 2016

Thèse N °.....

TITRE:

**Accouchement sur Utérus Cicatriciel au
Centre de Santé de Référence de la
commune V**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 10/02/2016 devant le jury
de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie**

Par :

M. Adama Drissa TRAORE

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

JURY :

Président : Pr Salif DIAKITE
Membre: Dr Soumana O TRAORE
Co-directeur: Dr Tioukani Augustin THERA
Directeur: Pr Issa DIARRA

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

A ALLAH LE TOUT PUISSANT

pour avoir veillé sur moi afin de mener à bien ce travail

Qu'il en soit loué

DIEU

Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins ;

Donne à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donne à mes mains l'habilité et la tendresse ;

Donne à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donne à ma langue les mots qui réconfortent ;

Donne à mon esprit le désir de partager et de pardonner ;

Donne-moi Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que ;

J'apporte la joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Je dédie ce travail à :

A mon père : Drissa TRAORE

Papa le moment est venu pour te dire merci. La sincérité, le pardon, la tolérance, l'amour, l'écoute, la compréhension, la passion du savoir et le respect sont certaines de tes valeurs.

Ce travail est un début de récompense de la bonne éducation pour laquelle tu t'es totalement investi dès mon enfance.

Jamais, je ne pourrai te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis. Merci pour avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

A ma mère : Bintou BALLO

Maman les mots me manquent pour te signifier toute ma reconnaissance.

Femme croyante, vaillante, brave, joviale, généreuse, sociale et indulgente.

Tu m'as admiré, consolé et rassuré quand je traversais encore ces moments difficiles. Sans toi, je serai un orphelin et la vie sera un enfer pour moi.

Que Dieu te donne longue vie et une bonne santé pour qu'enfin tu puisses récolter les fruits de l'arbre que tu as plantée.

Je te prie de croire à l'expression de ma sincère reconnaissance.

A ma tutrice : Djénéba BALLO :

Le destin a fait que nos chemins se sont croisés, tout au long de cette route, tu as été pour moi, une amie, une conseillère. La bonté et la simplicité de ta personne ont été une richesse que tu as partagée avec moi, c'est grâce à toi que j'ai pu poursuivre mes études sans difficultés.

Que Dieu le tout puissant te donne longue et heureuse vie.

A ma tante et tontons :

Chata OUATTARA, Fousseyni, Brehima, Karim et feu Oumar.

Chacun de vous a, un jour ou l'autre, œuvré pour mon éducation à travers vos conseils et vos recommandations. Je vous serai toujours reconnaissant, Je vous dis merci ! que le seigneur le vous rende.

A mes sœurs : Alimata, Tenin, Sahidatou, Oumou et feu Aminata.

Je ne saurai commencer sans présenter mes condoléances à feu Aminata, dort en paix, que la terre te soit légère. Chères sœurs votre compréhension, disponibilité, affection, soutien ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est le fruit des sacrifices que vous avez consentis dignement et humblement, c'est l'occasion pour moi de vous remercier.

REMERCIEMENTS :

Aux enseignants du primaire, du secondaire et au corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako. Je suis fier d'être votre élève, votre étudiant. Trouvez dans ce travail chers Maitres, la reconnaissance de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

A Dr Tioukani A THERA :

Je vous remercie pour votre générosité, votre disponibilité, vos conseils et votre soutien pour la réussite de ce travail. Soyez assuré de ma profonde gratitude et ma sincère reconnaissance.

Au personnel du CSREF CV :

Je vous remercie pour votre soutien et votre amabilité.

Au Service de gynéco Obstétrique :

Pr Mamadou TRAORE, Dr Oumar M TRAORE, Dr Soumana O TRAORE, Dr Silimana Fanta COULIBALY, Dr Hamady SISSOKO et Dr Daouda Camara.

Votre ardeur au travail et votre dévouement envers les étudiants sont exemplaires. Vous avez su me sacrifier, malgré vos multiples activités, votre temps si précieux. Les mots me manquent pour vous exprimer ma profonde gratitude. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance pour avoir su mettre à ma portée le meilleur de votre savoir avec tant de clarté et d'abnégation.

A mes collègues internes, les D.E.S et les sages-femmes du CSREF CV:

Merci pour la confiance, les échanges de connaissances et toutes mes excuses pour les moments d'incompréhension avec vous.

Au personnel de l'ANIASCO :

Je vous remercie pour votre soutien et de votre courtoisie à mon égard ; je vous en serai toujours reconnaissant.

A Dr Sidy BOUARE, Dr Adama COULIBAL et Dr Belco Tamboura :
je ne saurais réaliser cette œuvre sans vos soutiens et encouragements inestimables, recevez ici l'expression de mes sincères remerciements. Que Dieu dans sa miséricorde vous accorde sa bonté.

A mes amis (es) de la Faculté :

Adiara BISSAN, Bakary DIARRA, Mamadou SAMAKE, Baba E TOGOLA, Bakary TRAORE, Lala TRAORE, Seydou N TRAORE, Youssouf TRAORE qui ont été toujours avec moi dans les moments difficiles. Je vous remercie pour votre disponibilité.

A mes amis (es) :

Arouna SANGARE, Oumar A MALLE et Rahmatoulahi NIARE grâce à vous j'ai connu le sens de l'amitié, vous avez toujours été présents, on a partagé tant d'excellents moments ensemble. Merci pour la continuation de nos bonnes relations.

A mes cousins et cousines :

Arouna, Dramane, Moussa, Adiaratou et feu Maimouna.
Je vous remercie pour votre soutien indéterminé.

A toute la famille DIARRA de Niamakoro :

particulièrement Mohamed Makan et Aissata. Merci pour la confiance et le soutien inconditionnel.

A tous les membres de ma famille et toutes les personnes dont les noms n'ont pas été cités ici. Je vous prie de bien vouloir vous reconnaître dans ce travail, sincères remerciements à vous toutes et tous.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du Jury

Professeur Salif DIAKITE

- **Professeur honoraire de Gynécologie-Obstétrique à la FMOS**
- **Ancien gynécologue-Obstétricien au CHU Gabriel TOURE**

Cher Maître,

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

Clinicien de talent et d'expérience, nous avons été impressionnés par la qualité de votre enseignement, votre sagesse et votre simplicité.

Que le bon Dieu vous donne longue vie afin que nous puissions continuer de bénéficier de votre enseignement et de vos conseils.

Trouvez ici, cher Maître, l'expression de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et Membre, Docteur Soumana Oumar TRAORE,
- Gynécologue-Obstétricien au CSRéf CV,
-Certifié formateur du programme GESTA International,
-Leader d'opinion local des activités d'audits de décès maternels au CSRéf CV.

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons bénéficié de votre encadrement en gynéco-obstétrique. En plus de vos qualités scientifiques, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines et sociales.

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

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

Amen !

A notre Maître et Co-Directeur, Docteur Tioukani Augustin THERA
. Maître Assistant de Gynécologie-Obstétrique à la FMOS
.Chef du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU du Point-G
.Ancien chef du service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital
Nianankoro Fomba de Ségou.

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de codiriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Passionné du travail bien fait, soucieux de la bonne formation et de la réussite des étudiants, vous êtes un modèle à suivre.

Votre abord facile, votre grande simplicité et surtout votre abnégation font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous vous prions, cher Maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect et de notre très grande considération.

Que le tout puissant Allah Vous protège. Amen !

A notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Issa DIARRA

- . Maître de Conférences de Gynécologie Obstétrique à la FMOS**
- . Médecin Colonel Major des Armées du Mali ;**
- . Chevalier de l'ordre national du mérite de la sante du Mali ;**
- . Ancien Directeur du service de santé des armées du Mali (DSSA)**
- . Chef du service de Gynécologie Obstétrique du CHU Mère-Enfant le Luxembourg.**

Cher maître,

Nous avons été très honorés de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Homme de principe, la qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Nous sommes fiers d'être compté parmi vos élèves.

Nous vous prions, cher maître de bien vouloir trouver ici l'expression de notre grand respect. Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévité (Amen).

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AFA :	Asphyxie Fœtale Aigue (AFA=SFA),
BGR :	Bassin généralement rétréci,
BL :	Bassin limite,
SFA :	Souffrance Fœtale Aigue,
CNTS :	Centre National de Transfusion Sanguine,
CPN :	Consultation Prénatale,
CSCom :	Centre de Santé Communautaire,
CSRéf :	Centre de Santé de Référence,
DFP :	Disproportion foeto –pelvienne,
GATPA :	Gestion active de la troisième période de l'accouchement,
GESTA :	Gestion du travail et de l'accouchement,
HPPI :	Hémorragie du Post Partum Immédiat,
HRP :	Hématome retro placentaire,
I I G :	Intervalle Intergénésique,
INFSS :	Institut National de Formation en Science de la Santé,
IVG :	Interruption volontaire de grossesse,
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé,
PP :	placenta prævia,
SNN :	Souffrance Néonatale,

Accouchement sur Utérus Cicatriciel Au CS Réf CV

SA : Semaine d'aménorrhée,

UNICEF : Fond des Nations unies pour l'enfance.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJCTIFS.....	5
III. GENERALITES.....	7
IV. METHODOLOGIE.....	41
V. RESULTATS.....	51
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	69
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	78
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	81
IX. ANNEXES.....	85

I.INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) et le fond des nations unies pour l'enfance (UNICEF) les pays en développement (Afrique et l'Asie) particulièrement en Afrique subsaharienne et en Inde contribuent actuellement à 99% des 536000 décès maternels annuel dans le monde avec un taux de 640 pour 100 000 naissances. Ce taux de mortalité maternelle est de 5-10 pour 100 000 naissances dans les pays industrialisés [1].

Au Mali le taux de mortalité maternelle était de 368 pour 100 000 naissances vivantes en 2012 soit en moyenne un décès en couche toutes les 3heures de temps (EDSM V 2012) [2].

Pour lutter contre la mortalité maternelle il faut :

- Soit réduire chez une femme la probabilité de grossesses non désirées par la planification familiale,
- Soit réduire la probabilité qu'une femme enceinte souffre de complications,
- Soit réduire la probabilité de décès ou de séquelles chez les femmes présentant des complications grâce à une prise en charge adéquate [3].

La maternité à moindre risque est le défi majeur de toute action visant à améliorer la santé maternelle et infantile qui constitue l'une des priorités aujourd'hui [4].

Les deux dernières décennies ont coïncidé avec une augmentation rapide du taux de césarienne dans la plupart des pays, y compris ceux en développement. Le 23 juin 2005 le gouvernement du Mali a institué la prise en charge de la gratuité de la césarienne par le décret N° 05-350-PRM dans les établissements publics hospitaliers, dans les centres de santé de référence de cercle, de communes du district de Bamako et des établissements des services de santé des armées. Ainsi l'obstétricien est de plus en plus confronté aux problèmes de l'accouchement sur utérus cicatriciel [4].

La survenue d'une grossesse sur un utérus cicatriciel se caractérise par son incidence élevée, ses complications multiples, son taux important de morbidité et de mortalité materno-fœtale [4].

Parmi les complications on peut citer les dystocies dynamiques, les hémorragies de la délivrance par la présence d'un placenta praevia ou accréta et la déhiscence de la cicatrice utérine [4].

L'existence d'une cicatrice utérine a aussi un impact psychologique non négligeable chez ces femmes. Certaines croient ne plus pouvoir procréer parce qu'elles se sentent diminuées, handicapées, d'autres ont plutôt peur d'en avoir à nouveau, se souvenant « du terrible épisode ». Cette anxiété vécue pendant tout le temps de la grossesse ne s'estompera qu'après un accouchement sans complication, par voie basse ou haute. La femme aura alors confiance et assumera ses prochaines grossesses tout en suivant les conseils de l'obstétricien [4].

La grossesse et l'accouchement sur utérus cicatriciel, sont donc considérés à haut risque, surtout dans les pays en voie de développement où la tocographie et le monitoring fœtal sont rares, les radiopelvimétries font défaut, les indications de la cicatrice utérine, le type d'incision, les suites post opératoires sont le plus souvent inconnus [4].

Dans les pays développés la mortalité est surtout due à l'hémorragie du post partum immédiat tandis que dans le tiers monde elle incombe à la rupture utérine [4].

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

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

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

Toutes les études s'accordent actuellement pour reconnaître les bénéfices de l'épreuve d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel en terme de réduction de la mortalité, de la morbidité et d'économie de santé. Mais la nécessité d'une surveillance électronique, cardiotocographique au cours du travail a longtemps limité l'utilisation de l'épreuve utérine dans la pratique obstétricale africaine [4].

Au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, l'accouchement par voie naturelle chez les parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel est difficile, c'est pourquoi nous avons initié ce travail en nous fixant les objectifs suivants.

II.OBJECTIFS

OBJECTIFS

2.1-Objectif général :

Etudier l'accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

2.2-Objectifs spécifiques :

- * Déterminer la fréquence de l'accouchement sur utérus cicatriciel.
- * Définir le profil sociodémographique des patientes porteuses d'un utérus cicatriciel.
- * Décrire la prise en charge de ces patientes avec utérus cicatriciels.
- * Déterminer le pronostic materno-fœtal.
- * Formuler des recommandations.

III. GENERALITES

II. GENERALITES

3.1.1- Définition

L'utérus cicatriciel est un utérus porteur en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, d'une ou de plusieurs cicatrices myométriales à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme. Cette définition exclut les cicatrices uniquement séreuses ou muqueuses comme on peut les rencontrer lors de certaines myomectomies pour myomes sous-séreux, de cure de synéchies ou de résection de polypes perhystéroscopiques sans effraction du myomètre. [5].

On parle d'un utérus uni cicatriciel lorsque l'utérus est porteur d'une seule cicatrice, bi cicatriciel (deux cicatrices), tri cicatriciel (trois cicatrices)...

Les circonstances les plus fréquentes qui aboutissent à la création d'une cicatrice utérine sont :

- Les césariennes et les extractions fœtales par hystérotomie qui peuvent être à l'origine de :

* soit d'une cicatrice transversale sur le segment inférieur (cicatrice segmentaire transversale) ;

* soit d'une cicatrice verticale sur le corps utérin avec extension plus ou moins longue sur le segment inférieur (cicatrice corporéale verticale ou segmento-corporéale verticale) ;

* soit d'une cicatrice mixte en forme de T inversé, c'est-à-dire transversale, segmentaire et verticale corporéale.

- Les myomectomies : ablation d'un ou de plusieurs myomes.

- Les plasties utérines : réparation des anomalies congénitales ou acquises (synéchies) de l'utérus.

- Les traumatismes de l'utérus :

* soit par rupture utérine lors d'un accouchement sur utérus non cicatriciel ;

* soit par rupture utérine lors d'un accouchement sur utérus cicatriciel (la rupture peut être limitée à l'ancienne cicatrice ou étendue à d'autre partie de l'utérus) ;

*perforation de l'utérus lors d'un curetage utérin mal conduit ou d'autres interventions sur la cavité utérine (hystérocopie diagnostic ou opératoire, hystérocopie...);

*rupture utérine lors d'un accident avec traumatisme abdominal direct;

*traumatisme utérin par un corps étranger lors d'une agression (plaie par arme blanche ou balle).

Nous ne prenons en compte dans notre étude que des parturientes porteuses d'utérus cicatriciel (cicatrice de césarienne et de myomectomie).

3.1.2- UTERUS GRAVIDE

3.1.2.1- Les modifications anatomiques de l'utérus pendant la grossesse [5,7]

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

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

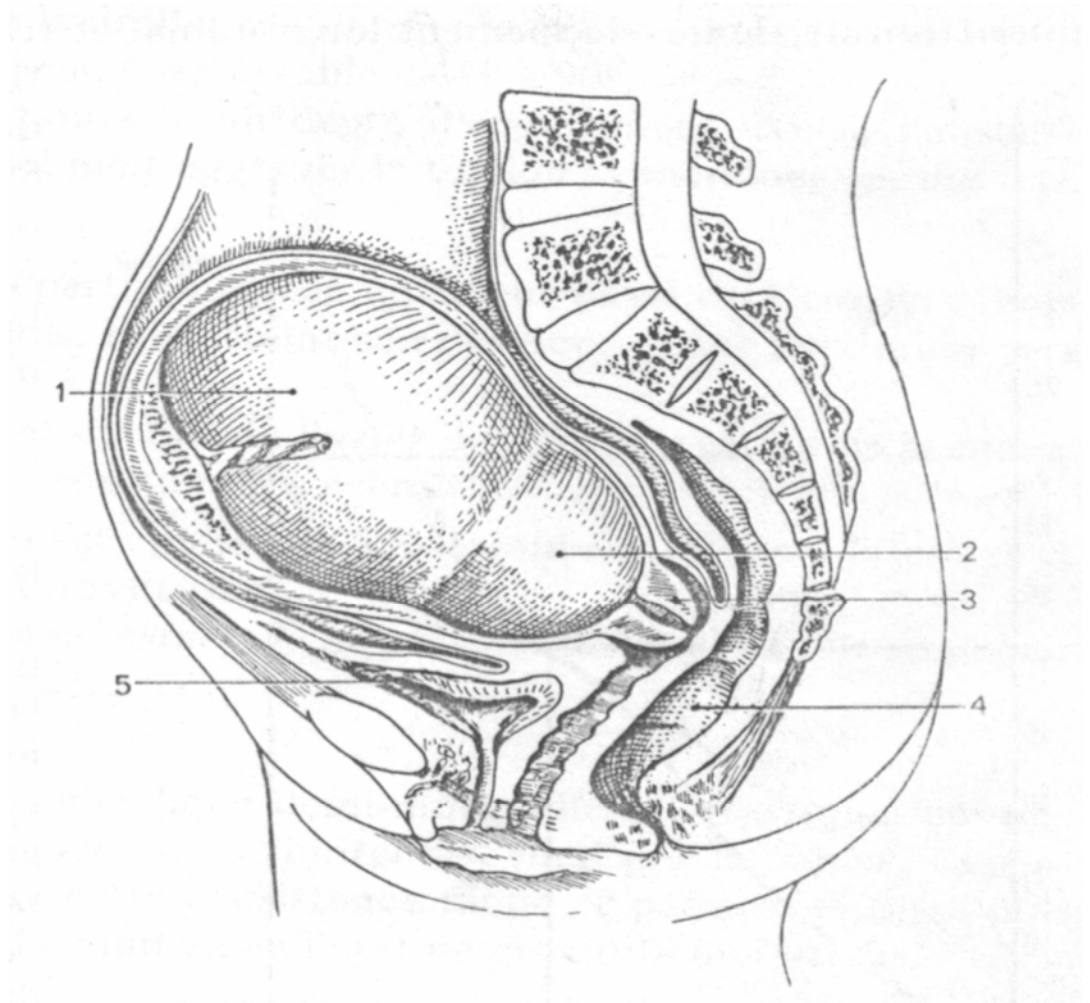


Figure 1 : [6]



Les trois segments de l'utérus gravide. 1. Corps 2. Segment inférieur 3.col4
Rectum 5 Vessie

a- Le corps de l'utérus

a-1- Anatomie macroscopique

Sur le plan macroscopique on note :

a) Une augmentation progressive du volume, augmentation plus marquée au fur et à mesure que la grossesse avance.

L'utérus devient ovoïde par la suite avec une extrémité qui devient grosse vers la vingtième semaine. Ainsi les dimensions suivantes peuvent être considérées.

Hauteur Largeur

Utérus non gravide 6-8 cm 4-5 cm

A la fin du 3^{ème} mois

13 cm 10 cm

A la fin du 6^{ème} mois

24 cm 16 cm

A terme 33 cm 22cm

b) Une augmentation de poids de l'utérus qui fait que ce dernier peut passer de 50 grammes (utérus non gravide) à 90 voire 1200 grammes (utérus à terme).

c) La capacité du muscle passe de 2 à 3 ml (utérus non gravide) à 4-5 litres (utérus à terme).

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

e) La consistance de l'utérus non gravide est ferme alors que le muscle utérin se ramollit pendant la grossesse.

f) La position pelvienne pendant les premières semaines de la grossesse change progressivement. Progressivement le fond utérin déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du 2ème mois, puis il se développe dans l'abdomen pour atteindre, à terme, l'appendice xiphoïde (R Merger)

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

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

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

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

h) Les rapports de l'utérus au début de la grossesse sont les mêmes qu'en dehors de celle-ci ; mais à terme, l'utérus est abdominal. Ainsi il se présente :

- En avant, sa face antérieure répond directement à la paroi abdominale sans interposition d'épiploon ou d'anses grêles chez la femme indemne d'opération abdominale. Dans sa partie inférieure, elle entre en rapport avec la vessie lorsqu'elle est pleine ;
- En arrière, l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte avec les muscles psoas croisés par les uretères et une partie des anses grêles ;
- En haut, le fonds utérin soulève le côlon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut entrer en rapport avec les fausses côtes.
- A droite, il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire ;
- Le bord droit regarde en arrière, il entre en contact avec le cæcum et le côlon ascendant ;
- Le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et en arrière au côlon descendant.

3.1.2.2- Structure

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

a) La séreuse

Elle s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle.

Elle adhère intimement à la musculuse du corps, alors qu'elle se clive facilement du segment inférieur. La ligne de démarcation entre ces régions est appelée ligne de solide attache du péritoine.

b) La musculuse

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

L'utérus distendu est formé par une cinquantaine de couches de faisceaux circulaires formant des plans superposés, qui sont répartis en deux assises de faisceaux circulaires superposés externe et interne. Elle forme la partie contractile de l'organe.

Entre ces deux assises existe une couche plus épaisse de fibres entrecroisées dite couche plexiforme.

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

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

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

c) La muqueuse :

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

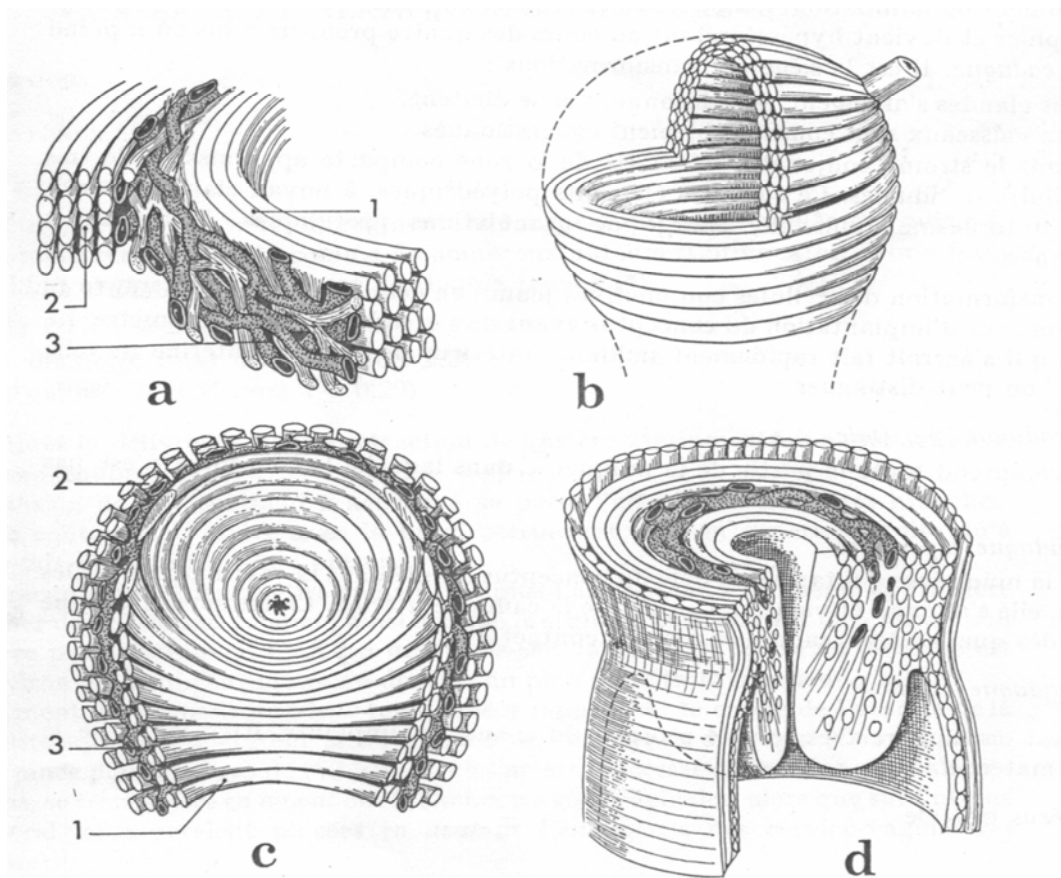


Figure2:Structure du myomètre [7]

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

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 [7].

3.1.2.3- LE SEGMENT INFÉRIEUR

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

Le segment inférieur est une entité anatomique et physiologique qu'acquiert l'utérus gravide au cours de la gestation ; 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 incision au cours des césariennes, mais encore pour les ruptures utérines.

a- Anatomie macroscopique

a1) 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.

a2) Situation

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

a3) Caractères

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

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

a4) Limites

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

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

a5) Origine et Formation

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

a6) Rapports

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

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

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

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

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

La dextro-rotation de l'utérus favorise donc l'exposition du pédicule utérin gauche face aux lésions des ruptures utérines et au cours des césariennes transversales.

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



Figure 3 : Segment inférieur (coupe sagittale) [6].

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

3.1.3- 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.

3.1.4- Applications pratiques

Le segment inférieur a grande importance sur le plan clinique, physiologique et pathologique. Cliniquement, sa bonne formation, sa minceur et sa façon de mouler la présentation permettent de juger la qualité de l'accommodation donc de porter

le pronostic de l'accouchement.

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

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

Sur le plan pathologique, c'est le lieu de prédilection pour les ruptures utérines, et, le point d'insertion des placentas praevia. [7]

3.1.5- LE COL DE L'UTERUS

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 qu'on le perçoit vers le sacrum.

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

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

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

b) Structure

Le col est formé essentiellement de tissu conjonctif qui est composé de fibres de collagène et d'une substance fondamentale.

La cohésion des fibres de collagène assure au col sa rigidité et l'empêche de se dilater.

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

La muqueuse ne subit pas de transformation déciduale. Ses glandes sécrètent un mucus abondant qui se collecte dans le col sous forme d'un conglomérat gélatineux, le bouchon muqueux.

Sa chute, à terme, annonce la proximité de l'accouchement.

Quelques jours avant le début du travail survient la maturation dont la résultante est une augmentation de la compliance du col qui peut alors se distendre. Au moment du travail, sous l'effet des contractions utérines, le canal cervical s'efface progressivement. [7].

3.2- VASCULARISATION DE L'UTERUS GRAVIDE

3.2.1- les artères

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

Il existe une zone médiane longitudinale peu vascularisée qui est empruntée par l'incision de l'hystérotomie dans la césarienne corporéale. Dans l'épaisseur du corps, elles parcourent les anneaux musculaires de la couche plexiforme, deviennent rectilignes, s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire. Le col est irrigué par les cervico-vaginales qui bifurquent pour donner deux branches : une branche antérieure et une branche postérieure avant de pénétrer dans son épaisseur.

Cette disposition permet la dilatation du col.

3.2.2- Les veines :

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

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

3.2.3- Les lymphatiques

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

3.3- INNERVATION DE L'UTERUS GRAVIDE

Deux systèmes sont en jeu :

3.3.1- Le système intrinsèque

C'est un appareil nerveux autonome. Il s'occupe surtout du col et du segment inférieur et donne ainsi à l'utérus une autonomie fonctionnelle relative. Les zones sous péritonéales (ligaments ronds, ligaments larges, douglas) sont pourvues de corpuscules sensoriels, importants dans la genèse de la douleur viscérale et des multiples réflexes à points de départ génito-urinaire.

3.3.2- Le système extrinsèque

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

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

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

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

3. 4 - PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS GRAVIDE

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

Au début de la grossesse, les contractions utérines sont espacées peu intenses et indolores. Elles sont infra cliniques.

En fin de grossesse ou au cours du travail, elles se rapprochent, deviennent plus violentes et douloureuses. Ces contractions utérines résultent d'un raccourcissement des chaînes de protéines contractiles (actomyosines) grâce à l'énergie libérée par l'adénosine (adénosine) triphosphate, en présence d'ions (Na, K, Ca). Les contractions utérines peuvent naître de n'importe quel point du muscle utérin.

L'activité utérine du travail doit être distinguée de celles de la grossesse qui sont soit des contractions de BRAXTON HICKS ou les ondes d'ALVAREN.

L'activité utérine au cours de la grossesse a pour effet essentiel : l'effacement et la dilatation du col, l'accommodation.

3.4.1- La dilatation du col

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

a)- La 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)- La phase concomitante se caractérise par :

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

c) La 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 inférieur bien formé qui transmet les forces à un col « préparé » ;
- Une présentation adéquate qui plonge dans un bassin normal,
- Une bonne accommodation foeto-pelvienne.

2- L'accommodation comprend :

L'engagement : c'est le franchissement de l'aire du détroit supérieur par la présentation,

La rotation et la descente intra-pelvienne,

Le dégagement : les contractions des muscles abdominaux et le réflexe de poussée sont indispensables pour que l'expulsion du fœtus ait lieu. Ils sont associés aux contractions utérines.

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

3.5- LA CICATRICE UTERINE

3.5.1 – Etat de la cicatrice [8]

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

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

3.5.2.1- Interventions chirurgicales

a) Obstétricales

***césarienne :** c'est la plus fréquente des causes d'utérus cicatriciel. Elle peut être segmentaire, 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-corporéale ainsi que la mini césarienne pour avortement thérapeutique du 2ème trimestre qui, elle aussi, est corporéale. [5].

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. [5].

Toutefois dans l'hystérotomie segmentaire, la qualité de la cicatrice tient pour beaucoup à la bonne exécution de la suture.

En raison de la disposition lamellaire des plans du segment inférieur, surtout dans l'incision transversale, on doit prendre les soins 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. Un plan unique est préférable à la superposition des sutures qui crée des processus propices aux rétentions. La facile reconstitution de la séreuse péritonéale assure une bonne protection de la suture. Les désunions de cicatrice segmentaire se font dans un contexte différent des ruptures utérines vraies et passent souvent inaperçues.

* **Curetages :**

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

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

b) Gynécologiques

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

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

La seule notion de myomectomie est insuffisante et on se doit de vérifier sur le compte rendu opératoire : le siège, la taille, le nombre de myome, ainsi que le nombre de cicatrices nécessaire à leur extirpation. Enfin on tiendra compte de la complexité de l'hystéro plastie secondaire qui a été nécessaire. [5].

* **Hystéro Plasties :**

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

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

Le principe de cette opération maintenant périmée mérite un rappel : incision sagittale médiane de l'utérus jusqu'au bout inférieur de la cloison ; les deux hémi-cloisons ainsi formées sont sectionnées de bas en haut à mi-distance des faces antérieure et postérieure sous le contrôle de la vue ; l'utérus est refermé en deux plans dans le sens de son incision.

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

vivantes sans traitement ou sous couvert d'un simple cerclage de l'ordre de 50%, faisant cependant reculer l'indication opératoire après la survenue de 2 à 3 avortements caractéristiques.

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

* **Réimplantations tubaires et salpingectomie**

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.

3.5.2.2- Accident au cours du travail : Ruptures utérines

Elles sont soit spontanées soit provoquées.

* **Ruptures spontanées :**

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

3.5.2.3- Traumatismes

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

3.6- complications

3.6.1- Ruptures utérines

La rupture utérine correspond anatomiquement à une solution de continuité intéressant la totalité de la paroi utérine (muqueuse, musculuse et séreuse). On distingue des ruptures utérines : incomplètes sous séreuses, encore appelées déhiscences et des ruptures utérines complètes.

Les ruptures complètes correspondent à une désunion des deux berges de la cicatrice entraînant une déchirure des trois tuniques (muqueuse, musculuse et séreuse) de la paroi utérine. Les membranes ovulaires sont également rompues et le fœtus est souvent expulsé dans la grande cavité abdominale. Dans les pays développés ces ruptures deviennent rares en raison d'une disparition progressive et souhaitable du nombre des césariennes corporéales mais ce type de rupture se voit toujours dans nos pays en voie de développement malgré la prédominance des césariennes segmentaires.

Dans les ruptures incomplètes, le péritoine viscéral et les membranes ovulaires restant intacts, le fœtus va continuer à séjourner dans l'utérus expliquant ainsi la différence de mortalité fœtale entraînée par ces deux types de ruptures. Cette déhiscence peut atteindre tout ou une 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 d'une découverte soit opératoire lors de la césarienne soit au moment de la révision utérine. Les signes d'alarme classiques représentés par l'hémorragie, la douleur au niveau de la cicatrice et la souffrance fœtale aiguë, sont souvent absents mais toujours fréquents dans nos pays [5].

3.6.2- Placenta praevia

Bien que la rupture soit la complication la plus redoutée chez les gestantes 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 praevia sont localisés le plus souvent sur la face antérieure de l'utérus. Un placenta praevia antérieur sur un utérus cicatriciel est une indication de césarienne itérative systématique avant tout 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.

3.7– DIAGNOSTIC DES DIFFERENTES COMPLICATIONS

3.7.1- Rupture utérine sur utérus cicatriciel

Les désunions de cicatrice sont les formes de rupture de l'obstétrique actuelle. Le fœtus reste dans l'utérus. Elles peuvent même ne se manifester qu'après l'accouchement. La rupture pendant la grossesse, volontiers, survient sur un utérus mal formé ou cicatriciel. La cicatrice est généralement corporeale. Les ruptures utérines des utérus porteurs de cicatrice se caractérisent par leur allure sournoise ; d'où l'intérêt d'une anamnèse minutieuse. Les désunions d'une cicatrice de césarienne antérieure en sont l'étiologie principale.

Elles peuvent aussi avoir pour cause une ancienne perforation utérine, une rupture cervico-segmentaire ancienne méconnue.

Leur symptomatologie est variée mais le plus souvent discrète.

Le plus souvent la symptomatologie est peu significative.

L'existence d'une douleur exquise provoquée dans le flanc ou sur le bord de l'utérus, à la pression du segment inférieur déjà césarisé, peut être le seul signe sans qu'il y ait de modifications du cœur fœtal. D'autres fois c'est l'apparition d'une souffrance fœtale sans cause apparente qui peut être la seule manifestation clinique. Tel est le cas, en particulier d'une désunion survenant sous anesthésie péridurale.

Parfois c'est le tableau d'une altération progressive de l'état général, car ces désunions de blessures anciennes saignent peu et ne sont pas douloureuses, d'autant plus que la douleur peut être masquée par une anesthésie péridurale. L'altération du faciès, la pâleur, les tendances syncopales, le refroidissement, l'accélération du pouls, la chute tensionnelle, la remontée de la présentation qui cesse d'être accommodée au détroit supérieur, sont les signes principaux. Ils s'accompagnent de modifications, voire de la disparition des bruits du cœur foetal. Ce tableau de choc peut s'observer à n'importe quel moment du travail.

La rupture peut ne se révéler qu'après l'accouchement, mais en général avant la délivrance, sous des aspects peu explicites.

Une petite hémorragie se produit et se prolonge ; ou bien au contraire, en l'absence de saignement, le placenta ne se décolle pas, cependant que l'état général s'altère plus ou moins. On est ainsi amené à pratiquer une délivrance artificielle et à reconnaître la rupture.

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

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

3.7.2-Rupture utérine et placenta accréta

La patiente présente un long passé de douleurs abdominales ayant évolué par poussées au cours de presque toute la grossesse.

C'est une de ces crises qui va aboutir à la rupture, le plus souvent avant le début du travail. On peut retrouver une métrorragie. La palpation retrouve une

contracture utérine ; le diagnostic sera celui du décollement prématuré du placenta normalement inséré. Il ne faut pas hésiter à faire une laparotomie.

Au total : le diagnostic peut être 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 foetal négatif, fœtus sous la peau.

Dans ces cas le diagnostic s'impose par son évidence.

Au contraire, le diagnostic devient problématique en cas de :

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

3.8-CONDUITE A TENIR LORS D'UN NOUVEL ACCOUCHEMENT

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

Une sélection correcte des patientes et à une surveillance rigoureuse de l'épreuve, le taux de rupture utérine varie entre 0 et 1% sans retentissement foetal [7].

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

- **l'accouchement par voie basse** ou du moins sa tentative se revoit et se prépare. Alors même qu'il a été jugé possible, une césarienne peut encore être décidée au cours du travail pour anomalies contractiles avec arrêt de progression de la dilatation, défaut d'engagement, souffrance fœtale ou en raison de

l'apparition de signes pouvant faire redouter une rupture : endolorissement permanent, douleurs provoquées dans la région sus pubienne, pertes de sang etc....

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

- L'accouchement doit se dérouler en milieu chirurgical
- La femme informée doit arriver dès le début du travail
- L'état du fœtus doit être contrôlé en permanence par l'enregistrement de son rythme cardiaque.
- Le déclenchement du travail est en principe contre indiqué chez la femme déjà césarisée. Cependant, lorsque les conditions locales sont extrêmement favorables, il peut être envisagé avec prudence.
- L'analgésie péridurale bien conduite est possible.
- Pour l'expulsion, on fait recourt fréquemment au forceps.
- Une révision utérine vérifie la paroi utérine après l'accouchement [7]

- la césarienne itérative

Toute césarienne corporeale antérieure est l'indication de la césarienne itérative. Elle s'impose en cas de dystocie permanente ; quand la femme a été déjà césarisée plusieurs fois ou en cas d'excès de volume utérin. La voie haute doit encore être envisagée quand les suites de la précédente césarienne ont été compliquées d'infection liée à une endométrite (fièvre élevée et persistante, suppuration, lochies fétides, rejet de débris sphacéliques) Pour la grossesse en cours, si le placenta est bas inséré ou inséré sur la cicatrice antérieure, une césarienne de principe sera faite. IL en est de même lorsqu'une présentation du siège ayant motivé la première césarienne est à nouveau constatée lors de la grossesse suivante. De toute façon une césarienne de principe sera effectuée si les moyens de surveillance sont insuffisants, ou si les garanties de sécurités ne sont pas réunies [7].

La césarienne itérative et stérilisation : Lors de la césarienne itérative l'état du pelvis et de l'abdomen est très variable. Le plus souvent la nouvelle opération

n'est pas plus difficile que la précédente. Les accoucheurs estiment souvent qu'après la 3^{ème} césarienne, ils sont en droit de stériliser la femme qui, presque toujours le demande elle-même. La stérilisation repose sur des raisons médicales : état local de l'utérus trois fois sectionné, danger d'une rupture utérine ultérieure, fatigue, désir légitime de s'en tenir là. On ne peut nier qu'un certain arbitraire préside à cette conduite. On peut en effet parfois pratiquer sans danger quatre ou cinq césariennes chez la même femme.

Des médecins se laissent aller quelques fois sur la seule demande de la femme, à pratiquer la stérilisation après deux et même une seule césarienne. En droit, le consentement ne suffit pas pour permettre une atteinte de l'intégrité du corps de la femme, s'il n'y a pas de surcroît une raison médicale. La femme, même ayant consenti, peut être la première à élever le reproche si par exemple son enfant vient à succomber, ou si elle se remarie [7].

3.8.1- La césarienne prophylactique [8]

Les indications

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

3.8.1.1- 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 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 traces, le parthogramme et vérifier la réalité du rétrécissement par une radiopelvimétrie qui sera confrontée au bi pariétal de la grossesse en cours. Les rétrécissements pelviens modérés ne sont pas une indication de césarienne prophylactique itérative, si la confrontation céphalopelvienne clinique, radiologique et échographique est favorable.

3.8.1.2-La cicatrice utérine

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

- cicatrices corporéales ou de cicatrices segmentaires avec trait de refend corporéal,
- cicatrices des mini-césariennes pour interruption tardives de grossesse ou, perforations utérines d'IVG, compliquées d'infection : fièvre élevée et persistante, suppuration, lochies fétides, rejet de débris sphacéliques ;
- cicatrices utérines multiples (par exemple césarienne plus 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'hystérogaphie 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.

3.8.1.3- La grossesse actuelle

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

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

3.8.1.4- particularités techniques de la césarienne

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

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

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

3.8.2- L'épreuve utérine

3.8.2.1- Les conditions de réalisation

Le risque majeur de l'épreuve utérine est l'échec. Le maître mot est la vigilance. L'obligation de se donner tous les moyens de surveillance disponibles est une règle intangible.

3.8.2.2- les cas favorables

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

Les éléments du pronostic sont constitués par [5].

Une césarienne antérieure purement segmentaire avec des suites opératoires simples. L'hystérographie faite en dehors de la grossesse, au moins 6 mois après l'accouchement, peuvent 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 Foteo-pelvienne favorable
- L'absence de sur distension utérine notable (hydramnios, grossesses multiples)

- Une présentation du sommet
- Un placenta non inséré sur la cicatrice
- L'absence de dystocie surajoutée
- Un centre obstétrical avec une infrastructure adaptée et une équipe obstétricale qualifiée.
- L'accord de la patiente ; bien que cela consiste à informer plutôt qu'à prendre l'avis de la patiente.

3.8.2.3- 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 Magnin se situe dans la zone d'eutocie, et qu'il n'existe pas de signes cliniques défavorables. Cependant, il est nécessaire qu'en cas de rétrécissement pelvien celui-ci soit noté sur le dossier, et que les consignes soient données pour une épreuve utérine prudente en précisant son pronostic et sa durée (surtout si l'on se situe dans la zone d'incertitude du diagramme de confrontation céphalopelvienne [8]).

3.8.2.4- Déclenchement et utérus cicatriciel

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

Par contre, dans des cas très bien choisis (col effacé, dilaté à 2-3 cm, souple), le déclenchement est tout à fait acceptable sous réserve que l'on rompe d'emblée les membranes et que l'on mette une tocographie interne. La seule rupture des membranes permet d'ailleurs assez souvent d'obtenir une activité utérine et les doses de Syntocinon ne dépassent pas dans ces conditions 10 mU/ min. [8]

3.8.3-Conduitedel'épreuveutérine(8)

3.8.3.1- Les éléments de surveillance

a- 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.

b- Le rythme cardiaque foetal

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 foetal.

c- Les signes cliniques de la rupture utérine

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

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

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

3.8.4- 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 topographie 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.

3.8.5- L'expulsion

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

3.8.6- La révision utérine

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

- La rupture de la cicatrice

La rupture de toute l'épaisseur de la cicatrice et sa propagation éventuelle à la séreuse péritonéale ou aux pédicules utérins est la plus grave et impose toujours la laparotomie. Le diagnostic est évident. Lors de la révision utérine, la brèche est très facilement perçue avec le doigt, l'extension vers les pédicules utérins est évidente s'il existe un volumineux hématome rapidement extensif. On recherche une brèche vésicale avec le doigt. Lors du sondage qui précède la laparotomie, les urines sont sanglantes, le doigt utérin sent le contact du ballonnet en avant.

Lors de l'intervention, la présence de sang dans le ventre signe la déchirure péritonéale. Après avoir décailloté, on repère les berges de la déchirure et

détermine l'atteinte d'un ou des deux pédicules et l'état de la vessie. L'hystérectomie conservant les ovaires s'impose si les lésions intéressent les deux pédicules utérins ou s'étendent au corps utérin. Le plus souvent, la suture de la brèche est possible après régularisation des bords de la brèche, même si un seul pédicule utérin est intact, l'autre étant bien sûr lié. La suture est faite comme dans les césariennes. On vérifie la vessie qui sera éventuellement suturée avec du fil résorbable (Vicryl). De nos jours l'échographie bien conduite dans le post partum peut remplacer la rupture utérine.

On discutera d'une ligature tubaire

- La déhiscence de la cicatrice

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

3.9- ELEMENTS DE DECISION POUR L'ACCOUCHEMENT A

VENIR [7;21].

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

3.9.1- Type de césarienne antérieure

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

- Si la césarienne a été segmentaire, on a d'abord à se demander si l'on peut laisser l'accouchement se dérouler par les voies naturelles. L'évaluation des chances de succès prendra d'abord en compte la cicatrice utérine. Sa qualité dépend souvent de la qualité du chirurgien.

Il est indispensable d'avoir le compte rendu opératoire détaillé de l'intervention précédente. L'hystérogaphie faite en dehors de la grossesse, au moins six mois

après l'accouchement, peuvent 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.

L'échographie ou l'hystérocopie remplaceront peut-être cet examen.

3.9.2- Indications de la césarienne antérieure

Elles demandent parfois à être discutées. Pour les césariennes pratiquées pour dystocie osseuse ou DFP, il est nécessaire de réexaminer attentivement le bassin et de s'aider éventuellement de la radiopelvimétrie. Une dystocie dynamique ayant justifié une première césarienne ne se reproduira pas nécessairement et autorise l'essai de la voie basse. En revanche, il faut être très prudent lorsque l'indication précédente a été un placenta praevia.

C'est une circonstance défavorable pour accepter la voie basse, surtout s'il était inséré sur la face antérieure de l'utérus.

L'âge de la grossesse au moment de la césarienne antérieure : avant 37 SA le segment inférieur n'est pas formé et l'hystérotomie a dû s'effectuer verticalement, débordant en partie sur le corps de l'utérus. La durée du travail et le degré de dilatation au moment de la première césarienne doivent être pris en compte : une femme en travail avec un segment inférieur formé, et parvenue à un certain degré de dilatation se trouve dans des conditions bien plus favorables. Il faut tenir compte également dans notre pays du désir de la patiente.

3.10- CLASSIFICATION DES UTERUS CICATRICIELS

3.10.1- Classification hystérosalpingographique selon Thoulon [8,5].

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

- Groupe 1 : cicatrice invisible radiologiquement.
- Groupe 2 : déformation inférieure à 4 mm
- Groupe 3 : déformation profonde de 4 à 5 mm et d'aspect bénin (coin, encoche, baïonnette)

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

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

3.10.2- Classification échographique selon Rozenberg [9].

Rozenberg a réalisé 114 échographies du segment inférieur chez des patientes antérieurement césarisées, et retrouve une

Valeur prédictive intéressante de cet examen à partir des coupes transversales. Il propose trois groupes :

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

IV.METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

4.1-Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

❖ Description du centre de santé de référence de la commune V :

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V, VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le centre de santé de référence de la commune V (service socio sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio sanitaire de la commune (P.D.S.C), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de santé (10 CSCOM). Sur les 10 aires, 9 centres de santé communautaires sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

A la faveur de l'essor du centre, par ses bonnes prestations il fut choisi en 1993 pour rester le système de référence décentralisé. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre qui fut un succès a fait de lui un centre de santé de référence de la commune V et partant de ce succès le système de référence a été instauré dans les autres communes du district.

En 1997 Le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix de « CIWARA D'EXCELLENCE » décerné par L'IMCM pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales. En 1999 le médecin chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion féminine, de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme

et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille de chevalier de l'ordre national du Mali.

Le centre comporte plusieurs services et bâtiments dont :

- Un bureau des entrées.
- un service de médecine générale.
- La chirurgie générale.
- Un service de Pédiatrie.
- L'odontostomatologie.
- Une unité d'ophtalmologie.
- L'ORL.
- L'USAC pour le suivi des personnes vivantes avec le VIH/SIDA.
- Une unité d'imagerie.
- Un cabinet dentaire.
- L'unité antituberculeuse.
- Un laboratoire d'analyse.
- Une pharmacie.
- Une cantine.
- Un service d'hygiène.
- Une salle d'informatique.
- Deux box de consultation externe.
- Une salle de staff.
- Un service de Gynécologie obstétrique.
- Trois blocs opératoires fonctionnels.
- Une morgue.
- Une mosquée.
- Des toilettes externes pour les malades.
- Un bureau de comptabilité.

❖ **Description du service de gynécologie obstétrique :**

Le service est situé à l'aile sud du centre de santé de référence de la commune V ; il est constitué de :

- Une salle d'accouchement avec 5 tables.
- Une salle d'attente avec 2 lits.
- Une salle de surveillance du post-partum avec 4 lits.
- Une unité de grossesses à risque et de suites de couches constituée de 4 salles d'une capacité de 16 lits.
- Quatre salles V I P avec 4 lits.
- Une unité de néonatalogie et mère kangourou.
- Une unité de planification familiale (PF).
- Une unité de PEV.
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse.
- Une unité de soins après avortement (SAA).
- Une unité de consultation prénatale (CPN) et de prévention de la transmission mère enfant (PTME) du VIH-SIDA.
- Une salle d'urgence pour les urgences gynécologiques et obstétricales.
- Une salle des internes.
- Une salle de garde pour les infirmières.
- Une salle de consultation externe pour les médecins gynécologues obstétriciens et pour le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin.
- Une salle de garde pour les médecins du service.
- Une salle de consultation pour les anesthésistes réanimateurs.
- Deux blocs opératoires fonctionnels (un bloc pour les urgences et le second pour les interventions chirurgicales programmées).
- Une salle de réveil comprenant deux lits avec source d'oxygène.
- Une salle de stérilisation.
- Cinq salles d'hospitalisation pour la chirurgie gynécologique et obstétricale d'une capacité de 25 lits.

- Un bureau pour le médecin chef du service.
- Un secrétariat pour le chef de service.

Ce service est dirigé par un professeur agrégé en gynécologie obstétrique, assurant par ailleurs la fonction de directeur du centre. Le chef de service assure la formation des D.E.S en gynécologie obstétrique et des étudiants des différents ordres sanitaires (FMOS, FAPH ; INFSS et des secteurs privés).

❖ **Le Personnel : Il comporte :**

- Cinq médecins spécialisés en gynécologie obstétrique.
- Des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'étude spéciale (DES).
- Des étudiants en année de thèse.
- Trente-sept sages-femmes.
- Neuf infirmières obstétriciennes.
- Sept Aides-Soignantes.
- Des médecins généralistes.
- Un pédiatre.
- Cinq techniciens supérieurs en anesthésie réanimation.
- Sept techniciens supérieurs de santé.
- Deux instrumentistes.
- Trois manœuvres.
- Quatre chauffeurs d'ambulance.
- Des majors.
- La secrétaire du professeur.

Fonctionnement :

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les vendredis par deux sages-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

Les consultations prénatales des personnes vivantes avec le VIH sida ; tous les mardis dans l'après-midi par le chef de service.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au jeudi par les gynécologues obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco obstétricales

Le bloc opératoire à froid fonctionne tous les jours ouvrables et est réservé aux interventions programmées. Le bloc opératoire pour les urgences chirurgicales et gynéco obstétricales est fonctionnel vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

4.2 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude analytique Cas /Témoin : 1cas pour 2 témoins comparant les patientes ayant accouché par voie basse avec un utérus cicatriciel à celles qui ont accouché dans les mêmes conditions avec un utérus sain. Ont été considérées comme cas les patientes admises pour accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel pendant la période de l'étude. Les témoins étaient les patientes ayant accouché juste avant ou après les cas.

4.3- Période d'étude

Elle a couvert la période du 01/7/2014 au 02/02/2015 soit 07 mois.

4.4-Population d'étude

Notre étude s'est portée sur toutes les patientes admises en travail d'accouchement pendant la période d'étude au centre de santé de référence de la commune V (CSRéfCV)

4.5- Echantillonnage :

L'échantillonnage a été réalisé à partir des fiches d'enquête individuelle élaborées à cet effet ainsi que les registres d'admission, d'accouchement, de compte rendu opératoire et des dossiers obstétricaux.

a) critères d'inclusion

Toute patiente porteuse d'une cicatrice utérine de césarienne ou de myomectomie.

Les cas étaient constitués des patientes dont l'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel a été proposé et ayant accepté de participer à l'étude. Les témoins étaient constitués des patientes admises pour accouchement et qui ont accouché juste avant les cas ou juste après les cas qui n'ont pas d'utérus cicatriciel et ayant accepté de participer à l'étude.

b) critères de non inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude les patientes admises pour césarienne prophylactique ou ayant accouché dans d'autres services et transférées au centre de santé de référence de la commune V (CSRéf CV) ou ayant refusé de participer à l'étude.

4.6 Variables étudiées

Les variables suivantes ont été étudiées : âge, profession, statut matrimonial, ethnie, niveau d'alphabétisation en français, les antécédents, intervalle inter-général, mode d'admission, référence/évacuation (motif, moyen, support), CPN, indication de la cicatrice utérine, terme de la grossesse, les résultats de

l'épreuve utérine, type de délivrance les complications de la voie basse ainsi que la voie haute, pronostic maternel, pronostic fœtal.

4.7 Support des données

Les documents suivants ont été servis de support des données : Le registre d'admission ; le registre d'accouchement ; le registre de compte-rendu opératoire ; les dossiers obstétricaux, le registre de césarienne, le registre de référence/évacuation, le registre de décès périnatal, le registre de transfert de nouveau-nés et le registre d'anesthésie.

4.8 Saisie et analyse des données

La saisie des données a été réalisée sur le logiciel Word 2010 et analysée sur SPSS N°10 .Le test statistique utilisé était l'Odds ratio (OR) pour étudier les associations entre les variables. La probabilité (p) a été déterminée avec un risque alpha de 5% et l'intervalle de confiance à 95%.Un $OR < 2$ était associé à une protection contre le phénomène étudié ; alors qu'un $OR \geq 2$ était plutôt synonyme d'une aggravation du phénomène étudié.

4.9 Définitions opératoires

-Bassin généralement rétréci :

Un bassin généralement rétréci est un bassin dont tous les diamètres sont diminués de façon proportionnelle

-Bassin limite :

Un bassin limite est un bassin dont au moins un des diamètres est réduit

-Utérus cicatriciel :

Un utérus cicatriciel est un utérus porteur à un endroit quelconque d'une ou plusieurs cicatrices myométriales

-Accouchement sur utérus cicatriciel :

Est l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion hors des voies génitales maternelles d'un fœtus viable et de ses annexes dans un utérus qui

comporte en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, une ou plusieurs cicatrices.

-Césarienne :

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute par voie abdominale après céliotomie.

-Epreuve utérine :

Tentative d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel.

-Révision utérine :

La technique est voisine de celle de la délivrance artificielle, les mêmes difficultés opératoires peuvent se rencontrer. La main explore méthodiquement le fond, les parois utérines, la région des cornes, à la recherche d'un reliquat placentaire en général adhérent, qu'elle détache par clivage et d'une rupture utérine.

-Rupture utérine :

C'est une solution de continuité non chirurgicale de l'utérus.

-Placenta prævia: C'est l'insertion du placenta, en totalité ou en partie, sur le segment inférieur.

-Parité : C'est le nombre d'accouchements chez une femme.

- **Nullipare :** zéro accouchement ;
- **Primipare :** un accouchement ;
- **Paucipare :** deux à trois accouchements ;
- **Multipare :** quatre à cinq accouchements ;
- **Grande multipare :** six accouchements et plus.

-Référence : mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée.

- **Evacuation**: mécanisme par lequel une formation sanitaire adresse dans un contexte d'urgence un patient vers une structure plus spécialisée et mieux équipée.

V. RESULTATS

V. RESULTATS

1. FREQUENCE :

Durant la période d'étude au CSRéf CV, 5086 accouchements ont été enregistrés dont 160 étaient porteuses d'utérus cicatriciel soit une fréquence de 3,14%.

2. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Tableau I: Répartition des parturientes selon les tranches d'âge.

Age (an)	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
< 18	1	0,6	29	9,1	0.0003	0.06 [0.00-0.39]
18-35	150	93,8	267	83,4	0.0016	2.98 [1.44-6.75]
> 35	9	5,6	24	7,5	0.440	0.74 [0.29-1.69]
Total	160	100	320	100		

Age moyen et l'ecartype +/-

Cas : 24,67 +/- 6,59

Témoins : 25,46 +/- 7,63

Extrême : 17-42 ans

Extrême : 16-45 ans

Tableau II: Répartition des parturientes selon leur statut matrimonial.

Statut matrimonial	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Célibataire	2	1,3	16	5	0.041	0.24 [0.03-1.05]
Mariée	158	98,7	304	95	0.041	4.16[0.96-37.65]
Total	160	100	320	100		

Tableau III : Répartition des parturientes selon la profession.

Profession	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Ménagère	110	68,7	205	64	0.308	1.23[0.81-1.89]
Fonctionnaire	8	5	16	5	1.00	1.00[0.36-2.54]
Vendeuse/commerçante	23	14,4	31	9,7	0.125	1.57[0.84-2.89]
Elève/Étudiante	7	4,4	52	16,3	0.00018	0.24[0.09-0.54]
Autres	12	7,5	16	5	0.2706	1.54[0.65-3.57]
Total	160	100	320	100		

Tableau IV : Répartition des parturientes selon le niveau d’instruction

Niveau d’instruction	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Non instruite	102	63,8	151	47,2	0.0371	2.53[1.01-8.32]
Primaire	15	9,4	55	17,2	0.0222	0.50[0.25-0.93]
Secondaire	32	20	86	26,9	0.0991	0.68[0.41-1.10]
Supérieur	11	6,8	28	8,7	0.4784	0.77[0.34-1.65]
Total	160	100	320	100		

Tableau V: Répartition des parturientes selon la prise de contraception.

Prise de contraception	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Oui	107	66,9	133	41,6	0.0000002	2.84[1.87-4.32]
Non	53	33,1	187	58,4	0.0000002	0.35[0.23-0.53]
Total	160	100	320	100		

1. CARACTERISTIQUES CLINIQUES

Tableau VI: Répartition des parturientes selon la Gestité.

Gestité	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Primigeste	0	0	93	29,1	0.0000001	0.00[0.00-0.06]
Paucigeste	81	50,6	112	35	0.00099	1.90[1.27-2.85]
Multigeste	30	18,8	51	15,9	0.4380	1.22[0.71-2.05]
Grande multigeste	49	30,6	64	20	0.0096	1.77[1.12-2.78]
Total	160	100	320	100		

Tableau VII: Répartition des parturientes selon la parité.

Parité	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Primipare	0	0	93	29,1	0.0000001	0.00[0.00-0.06]
Paucipare	81	50,6	112	35	0.00099	1.90[1.25-2.85]
Multipare	30	18,8	51	15,9	0.4380	1.22[0.71-2.05]
Grande multipare	49	30,6	64	20	0.0096	2.77[1.12-8.78]
Total	160	100	320	100		

Extrême parité : cas=2-11

Témoins=1-10

Parité moyenne : cas=4,2

Témoins=3,1

Tableau VIII: Répartition des parturientes selon l'intervalle inter gésique.

Intervalle inter gésique (IIG)	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Non précisé	0	0	93	29,1	0.0000001	0.00[0.00-0.06]
< 2 ans	20	12,5	26	8,1	0.0024	2.62[0.82-8.12]
2 ans	62	38,7	115	35,9	0.54771	1.13[0.75-1.70]
> 2 ans	78	48,8	86	26,9	0.000001	2.59[1.71-3.92]
Total	160	100	320	100		

Tableau IX: Répartition des parturientes selon l'indication de la 1^{ère} intervention sur l'utérus.

Indication de l'intervention		Fréquence	Pourcentage
Césarienne	Asphyxie fœtale aigue	27	16,9
	Présentations dystociques	107	66,9
	Hémorragies Ante partum	25	15,6
Myomectomie	Fibrome Hémorragique	1	0,6
Total		160	100

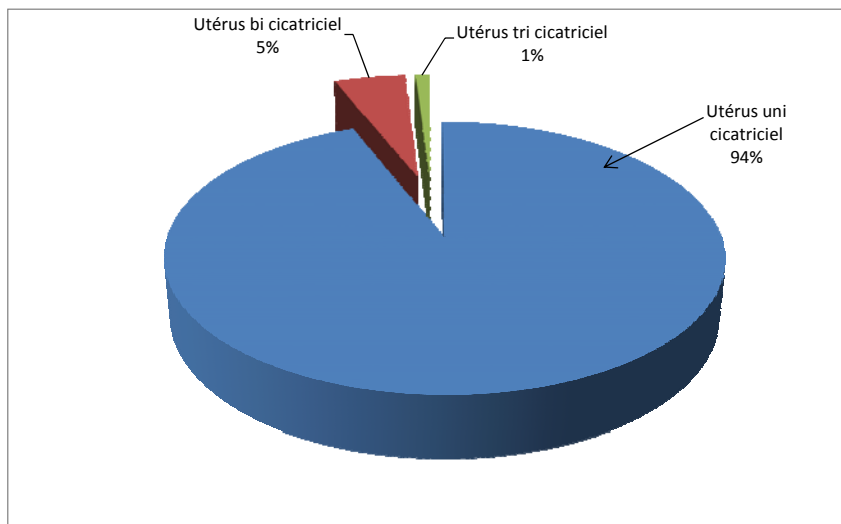


Fig1 : Répartition des parturientes selon le nombre de cicatrice.

Environ 94% des cas avaient un utérus unicicatriciel

Tableau X: Répartition des parturientes selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Venue d'elle-même	145	90,6	276	86,3	0.1687	1.54[0.81-3.08]
Référée	14	8,8	42	13,1	0.1592	0.63[0.31-1.23]
Evacuée	1	0,6	2	0,6	1.00	1.00[0.02-19.34]
Total	160	100	320	100		

3. EXAMEN CLINIQUE

Tableau XI : Répartition des parturientes selon la taille.

Taille (cm)	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
< 150	2	1,3	2	0,6	0.0076	2.01[0.14-27.96]
150	8	5	10	3,1	0.308	1.63[0.55-4.69]
> 150	150	93,7	308	96,3	0.2169	0.58[0.23-1.55]
Total	160	100	320	100		

Taille moyenne : Cas=168,13 cm

Témoins=166,18 cm

Extrême :148-177cm

Extrême :147-180 cm

Tableau XII : Répartition des parturientes selon le degré de la température à l'admission.

Degré de température	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
< 37° C	23	14,4	91	28,5	0.00064	0.42[0.24-0.71]
37 – 37,5°C	135	84,4	225	70,3	0.00079	2.28[1.37-3.88]
37,6 – 38°C	1	0,6	3	0,9	0.7225	0.66[0.01-8.36]
> 38°C	1	0,6	1	0,3	0.6163	2.01[0.02-7.97]
Total	160	100	320	100		

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon le nombre de consultation prénatale (CPN)

Nombre de CPN	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
0	9	5,6	25	7,8	0.3785	0.70[0.78-1.61]
1-3	87	54,4	138	43,1	0.0198	1.57[0.05-2.35]
≥ 4	64	40	157	49,1	0.0604	0.69[0.46-1.04]
Total	160	100	320	100		

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon le lieu de la consultation prénatale (CPN).

Lieu de CPN	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
CSREF CV	120	79,5	199	67,5	0.00010	2.76[1.60-4.90]
CSCOM	17	11,2	75	25,4	0.00046	0.37[0.20-0.67]
Structures privées	14	9,3	21	7,1	0.4236	1.33[0.61-2.5]
Total	151	100	295	100		

Tableau XV: Répartition des parturientes selon la qualification de l'agent ayant effectué les consultations prénatales (CPN).

Agent de la CPN	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Médecin	65	43,1	46	15,6	0.0000001	4.09[2.54-6.58]
Sage-femme	86	56,9	249	84,4	0.0000001	0.24[0.15-0.39]
Matrone	0	0	0	0		
Autres	0	0	0	0		
Total	151	100	295	100		

Tableau XVI: Répartition des parturientes selon la hauteur utérine (HU).

Hauteur utérine (cm)	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
< 30	16	10	38	11,9	0.5399	0.82[0.41-1.58]
30 – 36	143	89,4	275	85,9	0.2898	1.38[0.74-2.66]
> 36	1	0,6	7	2,2	0.2074	0.28[0.01-2.22]
Total	160	100	320	100		

HU moyenne : Cas=33,31 cm

Témoins ; 34,91 cm

Extrême : 27-37 cm

Extrême : 28-40 cm

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon l'âge de la grossesse.

Age de la grossesse	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
< 37 SA	10	6,3	20	6,2	0,6039	0.91[0.39-1.99]
37 – 42 SA	140	87,5	270	84,4	0,1288	1.32[0.64-2.91]
> 42 SA	1	0,6	5	1,6	0,107	0.28[0.01-2.22]
Terme non précisé	9	5,6	25	7,8	0.604	0.74[0.41-2.00]
Total	160	100	320	100		

Tableau XVIII: Répartition des parturientes selon les types de présentation de fœtus à l'admission en salle d'accouchement.

Type de présentation fœtale	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Céphalique	155	96,9	305	95,3	0.4193	1.52[0.51-5.46]
Siège*	5	3,1	15	4,7	0.4193	0.66[0.18-1.94]
Transversale	0	0	0	0		
Total	160	100	320	100		

* : Les présentations du siège qui ont accouchées par voie basse parmi les cas c'étaient des parturientes que nous avons reçues en période expulsive du travail d'accouchement.

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon l'étape du travail d'accouchement à l'admission.

Phase du travail à l'admission	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Phase de latence	49	30,6	98	30,6	1.00	1.00[0.65-1.54]
Phase active	84	52,5	180	56,3	0.4362	0.86[0.58-1.28]
Période d'expulsion	27	16,9	42	13,1	0.2696	1.34[0.76-2.34]
Total	160	100	320	100		

Tableau XX : Répartition des parturientes selon la durée du travail d'accouchement

Durée en heure	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
< 6 heures	80	50	208	80,6	0.0000001	0.29[0.19-0.46]
6-12heures	61	38,1	9ss6	14,4	0.000001	2.95[1.83-4.76]
>12heures	19	11,9	16	5	0.0063	2.56[1.20-5.49]
Total	160	100	320	100		

3. ACCOUCHEMENT

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

Voie d'accouchement	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Voie basse	142	89	318	100	0.0000001	0.00[0.00-0.10]
Césarienne après épreuve utérine	18	11	0	0		
Total	160	100	320	100		

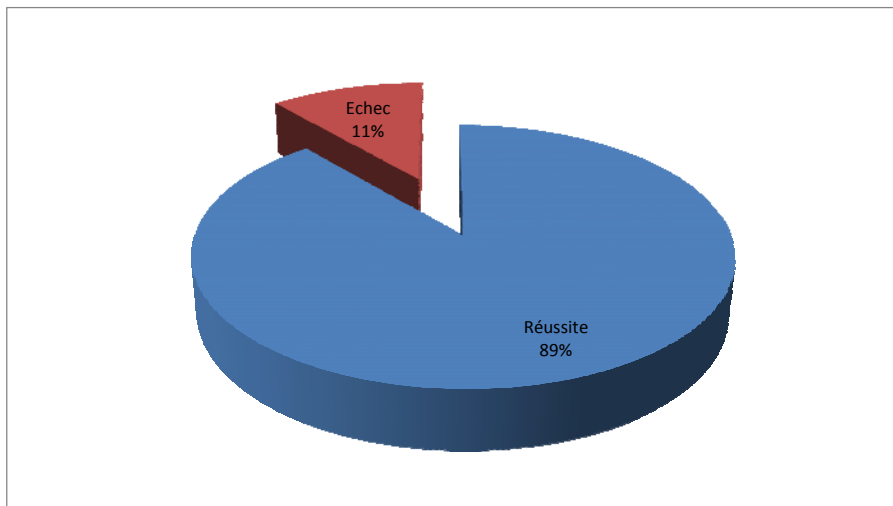


Fig. 2 : Répartition des parturientes selon la réussite ou l'échec de l'épreuve utérine Environ 89 % des épreuves utérines ont réussi

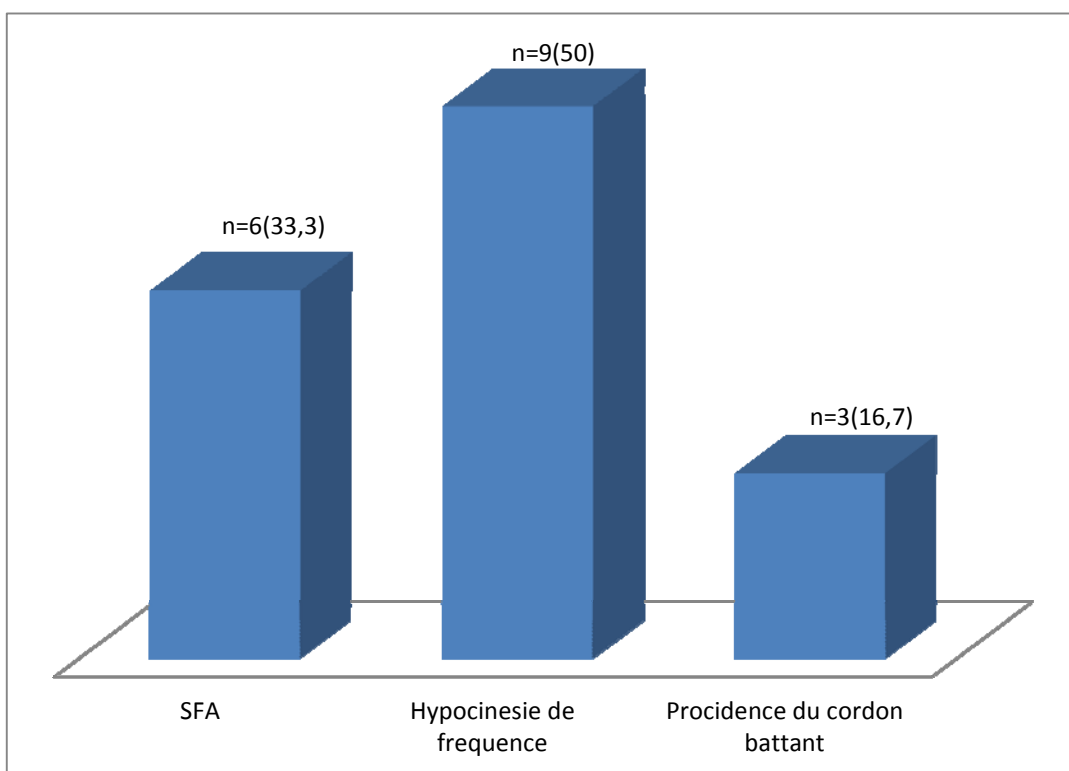


Fig. 3 : Répartition des parturientes selon la cause de l'échec de l'épreuve utérine

6. Pronostic maternel :

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon le type de délivrance.

Type de délivrance	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Naturelle	0	0	0	0		
Active	160	100	320	100		
Artificielle	0	0	0	0		
Total	160	100	320	100		

Tableau XXIII: Répartition des parturientes selon l'hémorragie du post partum immédiat.

Hémorragie du post partum immédiat	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Oui	4	2,5	9	2,8	0.0023	2.01[0.20-7.24]
Non	156	97,5	311	97,2	0.88423	1.13[0.31-5.09]
Total	160	100	320	100		

Tableau XXIV: Répartition des parturientes selon de la révision utérine.

Révision utérine	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Oui	4	2,5	9	2,8	0.8423	2.01[0.20-7.24]
Non	156	97,5	311	97,2	0.8423	1.13[0.31-5.09]
Total	160	100	320	100		

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon l'étiologie de l'hémorragie du post partum immédiat.

Etiologie de l'hémorragie du post partum immédiat	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Atonie utérine	3	75	5	55,6	0.0059	2.40[0.12-7.00]
Rétention du débris placentaire	1	25	4	44,4	0.5059	0.42[0.01-8.50]
Total	04	100	09	100		

Tableau XXVII : Répartition des parturientes selon l'existence des difficultés opératoires rencontrées et leurs natures au cours de l'intervention

Existence de difficultés opératoires	Effectif	Pourcentage
Adhérence	2	11,1
Lésion vésicale	1	5,6
Pas de lésion vésicale	15	83,3
Total	18	100

6. Pronostic néonatal :

Tableau XXVIII: Répartition des Nouveau-nés selon le score d'APGAR à la 1^{ère} minute.

APGAR de la 1 ^{ère} minute	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
0	4	2,5	10	3,1	1.00	1.00[0.22-3.80]
< 7	5	3,1	6	1,9	0.6908	1.26[0.32-4.44]
> 7	151	94,4	304	95	0.7714	0.88[0.36-2.32]
Total	160	100	320	100		

Tableau XXIX : Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance.

Poids de naissance en gramme(g)	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
< 2500	16	10	41	12,8	0.3692	0.76[0.38-1.43]
2500 – 4000	141	88,1	277	86,6	0.6304	1.15[0.63-2.18]
> 4000	3	1,9	2	0,6	0.2035	3.04[0.34-36.63]
Total	160	100	320	100		

Poids moyen : Cas=2866,66g

Témoins=2986,60g

Extrême : 1800-4300g

Extrême : 2000-4500g

Tableau XXX : Répartition des nouveau-nés selon leur motif de transfert à la néonatalogie.

Motif de transfert des nouveau-nés à la néonatalogie	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Prématurité	2	33,3	3	27,3	0.7932	1.33[0.08-7.43]
Souffrance néonatale (SNN)	2	33,3	4	36,3	0.9005	0.88[0.06-10.27]
Rupture prématurée des membranes	1	16,7	2	18,2	0.9375	0.90[0.01-2.86]
Dépassement des termes	1	16,7	2	18,2	0.9375	0.90[0.01-2.86]
Total	6	100	11	100		

Tableau XXXI : Répartition des nouveau-nés selon leur état à la sortie du maternité.

Etat des nouveau-nés	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Décédé *	4	2,5	10	3,1	0.7012	0.79[0.18-2.81]
Vivant et bien portant	156	97,5	310	96,9	0.7012	1.26[0.36-5.58]
Total	160	100	320	100		

* : Les décédés étaient tous des mort-nés

VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. FREQUENCE :

Au terme de notre étude la prévalence de l'accouchement sur utérus cicatriciel a été de 3,14% pour un nombre total de 5086 accouchements.

Cette fréquence est comparable aux fréquences de certaines études antérieures, notre taux d'accouchement sur utérus cicatriciel est comparable à ceux de : **Niambélé A [4]** à Bamako au CS Réf CII et **Van D W [10]** en Afrique du Sud qui ont trouvé respectivement 3,0% et 3,7%. IL est inférieur à ceux de : **Diadiou M T [12]** au Sénégal, **Anderson G M [11]** au Canada, **Kharasse T [13]** à Casablanca/Maroc et **Guilhen N [14]** en France qui ont trouvé respectivement 7,5% ; 7,6% ; 7,62% et 10%.

IL est supérieur à ceux de : **Tshilombo [15]** au Congo et **Van Roosmalen J [16]** en Tanzanie qui ont trouvé 2,6% et 1,8%.

Ces résultats nous expliquent qu'avec l'élargissement de l'indication des césariennes l'obstétricien est en face de la prise en charge de beaucoup de grossesses à risque.

2. CARACTERISTIQUE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE :

2.1 L'âge :

Dans notre étude la tranche d'âge 18-35ans a été la plus représentée avec 93,8% pour les cas contre 83,4% pour les témoins. L'âge moyen était de 24,67 ans pour les cas et 25,46 ans pour les témoins. Le plus jeune âge était de 17ans pour les cas et 16 ans pour les témoins. Cet âge moyen est comparable à ceux de : **El Mansouri [17]** à Casablanca (Maroc) , **BAETA et collaborateurs [18]** à Lomé (Togo) , **Dembélé A [19]** et **Traoré M A [20]** à Bamako qui avaient trouvé respectivement 28ans ;29,5ans ; 28,5 ans et 27,48 ans. Le mariage précoce et la période de fertilité maximale dans notre pays pourraient expliquer ces faits.

2.2 Statut matrimonial :

Au terme de notre étude 98,7% des cas étaient mariés contre 95% des témoins. La différence est statistiquement significative $p=0,041$ OR=4,16[0,96-37,65].

2.3 NIVEAU D'INSTRUCTION :

Dans notre série de résultat les parturientes non instruites représentent 63,8% des cas contre 47,2% pour les témoins.

Ce taux est comparable aux données de la littérature : **Niambélé A [4]** avait trouvé 49;1% et **Ouattara A [21]** 48,9%. Ce faible niveau d'instruction des parturientes pourrait s'expliquer par le faible intérêt accordé par les parents à la scolarisation des filles au Mali. Ce faible taux de scolarisation des filles dans notre pays reste toujours un grand fléau dans le suivi de la grossesse. La différence est statistiquement significative $p=0,0371$ OR=2,53[1,01-8,32].

2.4 MODE D'ADMISSION :

Au terme de notre étude nous avons enregistré 160 parturientes porteuses d'utérus cicatriciels admises dans le service pour accouchement. Le taux d'évacuation dans les deux groupes (cas et témoins) est comparable 0,6% pour les cas et 0,6% aussi pour les témoins. Ce taux est nettement inférieur à ceux de **Mallé A B [22]** et **Dembélé A [19]** au Mali qui ont trouvé respectivement 9,5% et 22,2%. De même le taux de référence est à 8,8% pour les cas contre 13,1% pour les témoins. Ce taux est aussi inférieur à celui de **Diadhiou M T [12]** au Sénégal qui a trouvé 24,6%. Cette diminution du taux de référence /évacuation pourrait s'expliquer par la méconnaissance des risques qui suivent les parturientes porteuses d'utérus cicatriciels par les CSCom. La différence n'est pas statistiquement significative $p=1,00$ OR=1,00[0.02-19,34].

2.5 PARITE:

A la fin de notre étude les grandes multipares ont représenté 30,6% des cas dans notre série avec une parité extrême de 2- 11 pour les cas et de 1-10 pour les témoins.

Cette extrême parité est comparable à celle de **Niambélé A [4]** et **Mallé A B [22]** au Mali qui ont trouvé la même parité 11 ; elle est inférieure à celle de **Benzineb N [23]** en Tunisie qui a trouvé une parité extrême à 12.

La grande multi parité trouve son explication dans notre pays par le mariage précoce, la polygamie et le refus de la contraception de certains couples en pensant qu'avoir beaucoup d'enfants est un trésor. Au Mali l'indice synthétique de fécondité est de 6,1 enfants par femme avec une prévalence contraceptive de 10% selon EDS V [2]. La différence est statistiquement significative $p=0,0096$ $OR=2,77[1,12-8,78]$.

2.6 INTERVALLE INTERGENESIQUE :

Nous avons enregistré 20 cas soit 12,5% des parturientes avec un intervalle inter génésique inférieur à 2 ans contre 26 parturientes soit 8,1% des témoins. Ce taux est inférieur à ceux de **Traoré M A [20]** et de **Niambélé A [4]** au Mali qui ont trouvé respectivement 21,1% et 15,8% ; il est supérieur à celui de **Mallé A B [22]** au Mali aussi qui a trouvé 3,2% contre 22,8% des témoins. Ce taux élevé pour intervalle intergénésiq ue inférieur à 2 ans peut s'expliquer par la faible prévalence contraceptive dans notre pays. La différence n'est pas statistiquement significative $p=0,0024$ $OR=2,62[0,82-8,12]$.

3. CARACTERISTIQUES CLINIQUES

3.1 INDICATIONS DE CESARIENNE ANTERIEURE

La césarienne avait été indiquée pour présentation dystocique chez 66,9% et AFA ou SFA chez 16,9% des cas.

Niambélé A [4] qui a trouvé un taux de 17,5% pour présentation dystocique. Ce taux de SFA est presque égale à celui de **Diadiou MT [12]** au Sénégal qui a trouvé 16,7% de SFA ou AFA. Ces taux pourraient s'expliquer par l'élargissement des indications de césarienne.

3.2 ANTECEDENTS DE CESARIENNES :

Au terme de notre étude nous avons enregistré 94% d'utérus unicatriciel, 5% d'utérus bicatriciel et 1% d'utérus tricatriciel.

Mallé A B [22] au Mali avait trouvé 66% d'utérus unicatriciel, 20% d'utérus bicatriciel, 14% utérus tricatriciel; **Guilhen N [14]** en France avait trouvé 95,6% d'utérus unicatriciel et 4,4% d'utérus bicatriciel.

3.3 TAILLE :

Dans notre série de collecte 1,3% des cas avaient une taille inférieure à 1,5m contre 0,6% des témoins. Autrement dit ces femmes avec une taille inférieure à 1,5m étaient 2 fois plus à risque d'accoucher par césarienne. La différence est statistiquement significative $p=0,0076$ $OR=2,01[0,14-27,96]$. Ce taux est inférieur à celui de **Mallé A B [22]** qui a trouvé 36,1% des cas avec une taille inférieure à 1,5m contre 11,4% des témoins. La relation entre le bassin et la taille est importante dans le pronostic de la voie d'accouchement et pourrait expliquer notre taux élevé de césarienne sur utérus cicatriciel.

3.3 CONSULTATION PRENATALE :

Dans notre série de collecte 5,6% des cas n'avaient pas fait de suivi prénatal contre 7,8% des témoins avec $p=0,0604$ $OR=0,69[0,46-1,04]$. La différence n'est pas statistiquement significative. La surveillance de la grossesse demeure un important problème de santé dans les pays en développement. On note que 43,1% des cas ont été suivis par les médecins contre 49,1% des témoins. Ce taux est inférieur à ceux de **Mallé A B [22]** et **Dembélé A [19]** au Mali qui ont trouvé respectivement 88,6% et 54,4%.

4. PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT :

L'attitude à adopter devant un utérus cicatriciel a beaucoup évolué durant les deux dernières décennies. La présence d'une cicatrice sur l'utérus rend dangereux l'accouchement par voie basse mais ne conduit pas forcément à poser l'indication de césarienne. Dans notre étude 1,3% des cas contre 0,6% des témoins avaient une taille inférieure à 150cm. L'épreuve utérine a été proposée à 160 parturientes ayant un utérus cicatriciel parmi lesquelles 142 ont accouché par voie basse et 18 parturientes ont bénéficié d'une césarienne d'urgence après échec de l'épreuve utérine.

Dans la littérature 75 à 80% des femmes aux antécédents de césarienne pourraient subir une épreuve utérine [19].

4.1 DUREE DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT :

Dans notre série 89% des cas avaient accouché par voie basse sur lesquelles 50% des cas avaient une durée de travail d'accouchement inférieure s à 6 heures contre 80,6% des témoins ; 11,9% des cas avaient une durée de travail d'accouchement supérieure à 12 heures contre 5% des témoins qui avaient un risque 2,56 fois plus élevé de faire une hémorragie du post partum immédiat. La différence est statistiquement significative $p=0,0000001$ OR=2,56 [1,20-5,49].

Sow O K [24] à Ségou (Mali) dans sa série avait trouvé une durée moyenne de 9,77 heures chez cas et 9,76 heures chez les témoins. **Alihonou E [25]** avait trouvé 6,7 heures chez les cas contre 7,7 heures chez les témoins.

4.2 VOIE BASSE OU REUSSITE DE L'EPREUVE UTERINE :

L'épreuve utérine a été réalisée chez 160 parturientes, avec une réussite chez 142 parturientes soit un taux de réussite de 89%.

Ce taux est supérieur à ceux de **Tshilombo K M [15]** au Congo et **Benzineb N [23]** qui ont trouvé respectivement 84,8% et 82% ;il est nettement supérieur à ceux de **Van D W [10]** en Afrique du Sud, **Sow O K [24]** à Ségou au Mali, **Kharasse T [13]** au Maroc, **Guilhen N [14]** en France et **Diadhiou M T [12]** au Sénégal qui ont trouvé respectivement 56,7% ; 53,4% ; 40,23% ; 38,2% et 64,4%.

Dans notre étude a là différence des études précédentes il n y a pas eu d'extraction instrumentale.

❖ LES FACEURS PREDICTIFS DE L'EPREUVE UTERINE :

- L'antécédent d'accouchement par voie basse après la césarienne,
- La perméabilité du bassin,
- Dilatation du col à l'admission,
- L'engagement de la présentation en fin de la grossesse.

❖ LA REVISION UTERINE :

La révision utérine n'est plus systématique après l'accouchement par voie dans notre service. Vu le risque d'infection ce geste n'était effectué qu'en présence de signe d'appel.

Dans notre série 4 accouchées chez les cas soit 2,5% contre 9 accouchées

chez les témoins 2,8% ont bénéficié la révision utérine. Il s'agissait d'une hémorragie du post Partum immédiat.

Cette attitude est actuellement contestée à cause de sa faible utilité diagnostique, le risque traumatique et infectieux [20]

Notre taux de révision utérine est comparable à ceux de **Perrotin F [8]** et **Saint-Hilaire P [27]** qui ont trouvé respectivement 0,10 à 0,43% et 0,26%.

4.3 VOIE HAUTE OU LA CESARIENNE :

La césarienne d'urgence a été indiquée chez 18 parturientes soit 11% suite à l'échec de l'épreuve utérine.

Ce faible taux de césarienne d'urgence sur utérus cicatriciel mérite une grande considération dans un service où la surveillance des parturientes reste toujours clinique.

Ce taux est nettement inférieur à ceux de certains auteurs qui figurent dans la littérature avec des taux de césarienne suivants : **Sow O K [24]** au Mali 46,5% ; **KHARRASSE T [13]** au Maroc 59,77% ; **Diadhiou M T [12]** au Sénégal 72,9% et **Mallé A B [22]** au Mali 77,8%. Parmi ces césarienne d'urgence la souffrance fœtale aigüe ou asphyxie fœtale aigüe était l'indication chez 6 parturientes soit 33,3%, diagnostiquée sur la base d'un liquide amniotique méconial ou d'une modification des bruits du cœur fœtal au Stéthoscope obstétrical de Pinard; l'hypocinésie de fréquence était l'indication chez 9 parturientes soit 50% et la procidence du cordon battant chez 3 parturientes soit 16,7% survenue à la suite d'une rupture spontanée de la poche des eaux.

5. PRONOSTIC MATERNEL:

5.1 DIFFICULTES OPERATOIRES :

La difficulté opératoire la plus rencontrée sur utérus cicatriciel au cours de notre étude était la présence des adhérences. Elles étaient présentes chez 2 parturientes soit 11,1% des cas. Ce taux est comparable à celui de **Lebrun F [26]** qui avait trouvé 14,3%, il est nettement inférieur à celui de **Sow O K [24]** qui avait trouvé 33,3%. La lésion vésicale a été trouvée chez une parturiente

soit 5,6% des cas, prouve que la césarienne sur utérus cicatriciel demande beaucoup de prudence et un chirurgien qualifié.

5.2 COMPLICATIONS DU POST PARTUM IMMEDIAT :

La principale complication immédiate rencontrée était l'hémorragie du post Partum immédiat. Elle a été trouvée chez 2,5% des cas contre 2,8% des témoins. La différence est statistiquement significative $p=0,0023$ $OR=2,01[0,20-7,24]$. En fonction de l'étiologie 75% chez les cas contre 55,6% chez les témoins des hémorragies étaient dues à l'atonie utérine et 25% chez les cas contre 44,4% chez les témoins étaient liées à une rétention de débris placentaires.

6 PRONOSTIC FOEAL :

6.1 NOUVEAU-NES :

a) LE SCORE D'APGAR :

Dans notre série 5 nouveau-nés soit 3,1% chez les cas contre 8 soit 2,5% chez les témoins avaient un score d'APGAR inférieur à 7 à la première minute. A cet effet 151 nouveau-nés soit 94,4% chez les cas contre 304 soit 95% chez les témoins avaient un score d'APGAR entre 7 et 10 à la première minute.

La différence n'est pas statistiquement significative $p=0,7714$

$OR=0,88[0,36-2,32]$.

Ce taux est comparable à celui de **Dembélé A [19]** à Bamako qui a trouvé 80,49% chez les cas contre 17,73% chez les témoins.

Dans notre série nous avons enregistré 4 mort-nés soit 2,5% chez les cas et 10 soit 3,1% chez les témoins.

Ce taux est comparable à ceux de **Niambélé A [4]**, **Dembélé A [19]** et **Diadiou M T [12]** qui ont trouvé respectivement 4,4% ; 1,78% et 2,9%. IL est inférieur à celui de **Sow O K [24]** qui a trouvé 15,5% pour les cas contre 12,1% pour les témoins. Cet événement malheureux était constaté chez les parturientes qui n'ont pas fait de suivi prénatal et chez celles qui ont été référées tardivement par les centres de santé qui n'ont pas de bloc opératoire.

b) LE POIDS DE NAISSANCE :

Les nouveau-nés avec un poids de naissance supérieur à 4000 grammes ont représenté 1,9% de cas contre 0,6% des témoins. Ces nouveau-nés étaient 3,04 fois plus à risque d'avoir un état de morbidité $p=0,2035$ $OR=3,04[0,34-36,63]$.

La différence n'est pas statistiquement significative.

Ce résultat est inférieur à celui de **Kharasse T [13]** au Maroc qui a trouvé 22,55%, il est comparable à celui de **Dembélé A [19]** qui a trouvé 1,42%.

c) TRANSFERT DES NOUVEAU-NES :

Le transfert en néonatalogie a concerné 6 nouveau-nés chez les cas contre 11 nouveau-nés chez les témoins. Parmi les nouveau-nés transférés aucun décès n'a été enregistré dans la vie extra utérine.

7. PRONOSTIC DU POST PARTUM :

7.1 MERE :

Au terme de notre étude nous n'avons enregistré aucun cas de décès maternel. Dans la littérature **Sow O K [24]** à Mopti au Mali et **Benzineb N [23]** n'ont enregistré aucun décès maternel.

L'hémorragie du post Partum a été trouvée chez 4 accouchées soit 2,5% pour les cas contre 9 accouchées soit 2,8% pour les témoins, elles ont toutes bénéficié de la révision utérine un geste qui n'est pas systématique dans notre service.

Ce taux est comparable à celui de **Niambélé A [4]** qui a trouvé 1,8%.

Les suites de couche ont été simples il n'y a pas eu de cas d'endométrite; de suppuration ; ni d'anémie sévère.

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

Au terme de notre étude nous dirons que, l'accouchement sur utérus cicatriciel est fréquent et le sera de plus en plus à cause de l'augmentation des indications de césarienne et du fait de l'accessibilité aux moyens d'explorations.

La prise en charge de la grossesse sur utérus cicatriciel doit être faite par un praticien qualifié. L'accouchement sur utérus cicatriciel est un problème et reste toujours un problème de santé publique.

RECOMMANDATIONS :

Au terme des résultats de cette étude, nous formulons des recommandations suivantes :

AUX AUTORITES SANITAIRES :

- Intensifier la promotion des activités de planification familiale,
- Renforcer le système de référence/évacuation par un appui logistique et de ressources financières,
- Doter la salle d'accouchement du CSRéf CV d'un appareil échographique et un appareil cardiotocographique.

A LA COMMUNAUTE :

- Participer aux campagnes de communication pour le changement favorable de comportement en faveur d'une meilleure surveillance des grossesses et la connaissance des signes de danger liés aux utérus cicatriciels,
- Eviter les grossesses trop rapprochées en adoptant une méthode de contraception convenable à la femme,

AUX FEMMES ENCEINTES SUR UTERUS CICATRICIELS :

- Suivre régulièrement les consultations prénatales dans un centre de santé de référence,
- Amener tout document médical pouvant apporter des informations utiles pour une prise en charge adéquate,
- Respecter le rendez-vous post opératoires,
- Prendre soin des fiches de sorties de leur intervention et les amener aux consultations prenatales.

AU PERSONNEL DE SANTE :

- Renforcer les activités de sensibilisation des femmes sur les risques liés à la grossesse sur utérus cicatriciel ,
- Référer les gestantes porteuses d' utérus cicatriciels au centre de santé de référence et les Hôpitaux dès le premier contact,
- Remplir correctement les fiches de sorties, porter l'indication et les renseignements sur les suites opératoires,
- Revoir les femmes en post opératoire 6-8 semaines après en vue de les orienter vers une unité de planification familiale,
- Revoir les patientes opérées 6 mois après l'intervention pour la réalisation de l'hystérogaphie qui appréciera la qualité de la cicatrice utérine.

VIII .REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Mortalité maternelle 2005 .Estimation de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale. Page 1

2. EDSM V Mali :

Enquête démographique sanitaire du Mali V 2012 (EDSM V 2012).

3. Xavier C.

Et quand il n'y a pas de salle d'accouchement digne de ce nom ?

4. Niambélé A.

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de la commune II du district de BAMAKO à propos de 114cas Thèse de Médecine Bamako 2010 :10M350

5. Papiernick E. Cabrol D., Pons J C.

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

6. Kamina P.

Dictionnaire d'anatomie : atlas/pierre Kamina-paris : Maloine S.A 1984 ; Anatomie Gynéco-Obstétrique, pierre Kamina paris : Maloine 1984 SIMEP 1996.

7. Merger R., Levy J., Melchior J.

Précis d'obstétrique 6^{ème} édition; paris; 1995 vol 597 pages.

8. Perrotin F., Marret H., Fignon A., Body G., Lansac J.

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

9. Rozenberg P., Goffinet F., Philippe HJ. , Nisand L.

Mesure échographique de l'épaisseur du segment inférieur de l'utérus pour évaluer le risque de rupture utérine. J.Gynécol-Obstét. Biol Reprod 1997;26:517-9.

10. Van D W., Cronje H S., Barn H.

Vaginal delivery after cesarean section. *Obstet* 1994; 46:271-7

11. Anderson G M.

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

12. Diadhiou M T.

Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar (Sénégal) 2004 : Thèse de Médecine N°115.

13. Kharasse T.

Accouchement sur utérus cicatriciel à Casablanca. A propos de 614 cas : Thèse de Médecine Maroc 2006.

14. Guilhen N.

Etude observationnelle sur la Version par Manœuvre Externe réalisée chez les patientes ayant un antécédent de césarienne à propos d'une cohorte de 136 patientes en France : Thèse de médecine 2012.

15. Tshilombo K M., Mputu L., Nguma M., Wolomby M., Tozin R., Yang K.

Accouchement chez la gestante zaïroise antérieurement césarisée. *J Gynécol. Obstét. Biol Reprod* 1991; 20:568-74

16. Van Roosmalen J.

Vaginal birth after cesarean section in Tanzania. *Int J. Gynecol obstet* 1991; 34:211-5

17. El Mansouri A.

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

18. Baeta S., Tete VK., Ihou K A., Nyame A N., Akpadza K S.

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

19. Dembélé A.

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de la commune VI du district de BAMAKO : Thèse de Médecine Mali 2010 :10M350.

20. Traoré M A.

Epreuve utérine au centre de santé de référence de la commune V (CSRéf CV) du district de Bamako : Thèse de Médecine 2010 :10M540.

21. Ouattara A.

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 570 cas. Thèse de Médecine.2004; 85

22. Mallé A B.

Accouchement sur utérus cicatriciel (Étude cas-témoins) à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Thèse de Médecine Mali 2012 :12M79

23. Benzineb N., Bellasfar B., Bougerra B., Amri M T., Sfar R.

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

24. Sow O K.

Epreuve utérine à l'hôpital SOMINE-DOLO de Mopti (étude cas-témoins) : Thèse de Médecine Mali 2010 :10M349.

25. Alihonou E., Lokossou A., Adisso S., Tak para I., Teguede I., Adongbo M., De souza J.

Accouchement et utérus cicatriciel à Cotonou : risques maternels ; périnataux et pronostic. Journal de la SAGO.2005 vol.6 nl.p.6-12

26. Lebrun F., Aniel-Tison C., Sureau C.

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

27. Saint-Hilaire P., Gaucherand P., Bagou G., Rudigoz RC.

Grossesse et utérus cicatriciel. Encycl. Médicaments CHI Paris ; Obstétrique 5-030-A 20 ; 1992 :16 p

IX. ANNEXES

ANNEXES

Fiche d'enquête N° /...../

Q0 Etude :..... ; 1=Cas 2=Témoins

I Identification :

Q1 Age :/...../...../ ans

Q2 Ethnie :/...../

1= Bamanan ; 2= Peulh ; 3= Sonhaï ; 4= Malinké ; 5=Autre

Q3 Statut matrimonial :...../...../

1= Mariée ; 2= Célibataire ; 3=Divorce ; 4=Veuve.

**** Statut socio-économique**

Q4 Profession de la femme :...../...../

1= Ménagère ; 2= Fonctionnaire; 3.=Vendeuse/commerçante ;
4.=Elève/étudiante ; 5= Autre...

Q5 Niveau d'instruction :...../...../

1= Aucune ; 2= Primaire ; 3= Secondaire ; 4= Supérieur

Q6 Profession du conjoint/...../

1= Fonctionnaire ; 2= Commerçant ; 3= Ouvrier ; 4= Etudiant ; 5=Autre

II Antécédents de la femme :

****Antécédents gynécologiques**

Q7 Cycle/...../

1 = Régulier ; 2 = Irrégulier

Q8 Notion d'IST/...../

1 = Oui ; 2 = Non

Q9 Métrorragie/...../

1 = Oui ; 2 = Non

Q10 Dysménorrhée/...../

1 = Oui ; 2 = Non

Q11 Contraception/...../

1 = oui ; 2 = Non

****Antécédents obstétricaux :**

Q12 Gestité/...../...../

Q13 Parité/...../...../

Q14 Nombre d'enfants vivants/...../...../

Q15 Nombre d'enfants décédés/...../...../

Q16 Nombre de morts nés/...../...../

Q17 Intervalle inter génésique...../...../...../

1 = Moins de 2 ans ; 2 = 2 ans ; 3 = Plus de 2 ans

Q18 Notion d'avortement/...../...../

1=Aucun ; 2= Spontané ; 3 = Provoqué

Q19a Déroulement du dernier accouchement/...../...../

1 = Eutocique ; 2 = Dystocique

Q19b Si dystocique préciser...../...../...../

****Antécédents chirurgicaux...../...../...../**

1=Aucune ; 2=Myomectomie ; 3=Cure de GEU ; 4=Cure de Prolapsus ;
5=Césarienne

Q20 Si césarienne préciser le nombre...../...../...../

Q21 L'utérus a-t-il fait sa preuve de solidité/...../...../

1 = Oui ; 2 = Non

Q22 Indication de la césarienne/...../...../

1 = Souffrance fœtale aigue ; 2 = Gros fœtus ; 3 =
Présentation dystocique ; 4 = Procidence du cordon ; 5 =
5=Placenta praevia hémorragique ; 6 = Hématome rétro
Placentaire ; 7 = Angustie pelvienne ; 8=syndrome de pré
Rupture ; 9=autre

Q23a Suites opératoires...../...../...../

1=simples ; 2=compliquées

Q23b Si compliquées préciser l'indication...../...../...../

III Etude clinique

****Mode d'admission...../...../**

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

Q24b Provenance /..... /

1 = CSCOM ; 2 = CSREF ; 3 = Hôpital ; 4 = Autre

Q25 Motif de référence /...../

1 = Hémorragie ; 2 = Non engagement à dilatation complète ;

3 = Souffrance fœtale aigue ; 4 = Dilatation stationnaire ; 5=Autre

Q26 Moyens de référence /...../

1 = Ambulance ; 2 = Taxi ; 3 = Voiture personnelle ; 4 = Autre

Q27 Support de référence /...../

1 = Partogramme ; 2= Fiche de référence ; 3 = Autre

Q28 Qualification de l'agent..... /...../

1=Médecin ; 2=Sage-femme ; 3=Matrone ; 4=Autre

IV Examen clinique à l'admission :

Q29 Taille de la femme..... /...../

1 = Inférieur à 150cm ; 2 = T= 150cm ; 3 = Supérieur à 150cm

Q30 Température maternelle /...../

1 = Inférieur à 37°C ; 2 = Entre 37 et 37,5°C ; 3 = Entre

37,5°C et 38°C ; 4 = Plus de 38°C

Q31 Consultation prénatale /...../

1 = Oui ; 2= Non

Q32 Nombre de consultation prénatale..... /...../

Q33 lieu de CPN..... /...../

1=CSCCom ; 2=CS Réf ; 3=Autre

Q34 Qualification agent CPN..... /...../

1=Médecin ; 2=Sage-femme ; 3=Matrone ; 4=Autre

Q35 Conjonctives..... /...../

1 = Bien colorées ; 2= Moyennement colorées ; 3 = Pâles

Accouchement sur Utérus Cicatriciel Au CS Réf CV

Q36 Hauteur utérine...../...../

1 = Inférieure à 30cm ; 2=Entre 30 et 36cm ; 3=Supérieure à 36cm

Q37 Terme de la grossesse/...../

1 = Moins de 37 SA ; 2 = Entre 37 SA et 42SA ; 3 = Supérieur à 42 SA

Q38 Fréquence des BDCF.../...../

1 = BDCF absents, 2 = Inférieur à 120/mn ; 3 = Entre
120-160/mn ; 4 = Supérieure à 160/mn

Q39 Contractions utérines/...../

1= Normal ; 2 = Hypocinésie ; 3= Hypercinésie

Q40 Poche des eaux/...../

1 = Intacte ; 2 = Rompue ; 3 Non accessible

Q41 Notion de RPM.../...../

1= Oui ; 2 = Non

Q42 Si oui préciser...../...../

Q43 Aspect du liquide amniotique/...../

1 = Clair ; 2 = Teinté méconial ; 3 = Sanglant ; 4 =Autre

Q44 Type de présentation/...../

1= Céphalique ; 2 = Siège ; 3 = Transversale

Q45 Hémorragie...../...../

1 = Oui ; 2= Non

Q46 Etape du travail...../...../

1 = Phase de latence ; 2 = Phase active ; 3= Période d'expulsion

Q47 Bassin/...../

1 = Normal ; 2 = Généralement rétréci 3 = limite ; 4=Asymétrique

Q48 Durée du travail d'accouchement...../...../

V Déroulement de l'accouchement.

Q49 Voie basse/...../

1 = Oui ; 2 = Non

Q50a Type d'expulsion...../...../

Accouchement sur Utérus Cicatriciel Au CS Réf CV

1 = 0.P ; 2 = 0.S ; 3 = m.p ; 4 = Autre

Q50b Extraction instrumentale...../...../

1 = Oui ; 2 = Non ;

Q50c = Si oui préciser l'indication...../...../

Q51a Ventouse/...../

1=Oui 2=Non

Q51b Si oui préciser l'indication...../...../

****Césarienne :**

Q52 Type de césarienne...../...../

1=D'emblée ; 2=Après épreuve utérine

Q53 Préciser l'indication de la césarienne...../...../

Q54 Préciser état de l'utérus a laparotomie...../...../

VI. La délivrance :

Q55 type de délivrance/...../

1 = Naturelle ; 2 = active ; 3 = Artificielle ; 4 = Autre

Q56 Rétention placentaire... ../...../

1 = Oui ; 2 = Non

Q57 Etat de l'utérus après délivrance...../...../

1 = Globe de sécurité bien formé ; 2 = Utérus mou

Q58 Hémorragie de la délivrance...../...../

1 = Oui ; 2 = Non

Q59 Révision utérine après voie basse... ../...../

1 = Faite ; 2 = Non faite

Q60 Résultat de la révision utérine...../...../

1 = Utérus intact ; 2 = rupture utérine

VII Etat de la mère après l'accouchement :

Q61a Vivante...../...../

1=Oui ; 2 = Non

Q61b= Si oui préciser son état général...../...../

Accouchement sur Utérus Cicatriciel Au CS Réf CV

Q62 Décédé/...../

1 =Oui ; 2 = Non

Q63= Si oui préciser la cause du décès...../

VIII Etat du nouveau-né

Q64 Vivant...../...../

1 = Oui ; 2 = Non

Q 65 = Si non préciser la cause...../

Q66 Poids...../...../

1 = Inférieur à 2500g ; 2 = Entre 2500 et 4000g ; 3 = Plus de 4000g

Q67 Taille/...../

1 = Moins de 47cm ; 2 = Supérieure ou égal à 47cm

Q68 Apgar/...../

1 = Inférieur à 7 à la 1ère mn ; 2 = Entre 7 et 10 à la 1ère mn

Q69 Etat général du nouveau-né/...../

1 = Bon ; 2 = Passable ; 3 = Détresse respiratoire ; 4= Référé

FICHE SIGNALITIQUE :

Nom : TRAORE

Prénom : Adama Drissa

Titre de la thèse: Accouchement sur utérus cicatriciel au CS Réf CV du district de Bamako

Année universitaire : 2014-2015

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS), faculté de pharmacie (FAPH).

Secteur d'intérêt : Service de Gynéco obstétrique

RESUME :

IL s'agissait d'une étude prospective analytique cas –témoins étendue sur une période de 7 mois allant du 01 Juillet 2014 au 02 Février 2015 au CS Réf CV du district de Bamako. Elle s'est portée sur tous les accouchements enregistrés durant la période.

L'objectif était de faire une comparaison entre l'accouchement sur utérus cicatriciel et sur utérus sain.

La prévalence d'accouchement sur utérus cicatriciel est de 3,14% sur un total de 8056 accouchements dont 160 cas d'utérus uni et pluricicatriciels.

Parmi les 160 parturientes ayant accouché sur utérus cicatriciels, 151 avaient un utérus unicicatriciel soit 94% ,8 avaient un utérus bicicatriciel soit 5% et 1 avait un utérus tricicatriciel soit 1%. La tranche d'âge comprise entre 18 ans et 35 ans a été trouvée chez 150 parturientes chez les cas soit 93,8% contre 267 parturientes chez les témoins soit 83,4% . La différence est statistiquement significative $p=0,0016$ OR=2,98[1,44-6,75].

La durée du travail d'accouchement est supérieure à 12 heures chez 19 parturientes pour les cas soit 11,9% contre 16 parturientes pour les témoins soit 5%. La différence est statistiquement significative $p=0,0063$ OR=2,56[1,20-5,49].

L'épreuve utérine a été réalisée chez 160 parturientes avec un taux de réussite de 89%. La césarienne a été indiquée chez 18 parturientes soit 11% suite à

l'échec de l'épreuve utérine. La révision utérine a été indiquée chez 4 parturientes pour les cas contre chez 9 parturientes pour les témoins ayant accouché par voie basse. Le poids de naissance était compris entre 2500g et 4000g à 88,1% chez les cas contre 86,6% chez les témoins. Nous n'avons pas enregistré de décès maternel, par contre nous avons enregistré 4 mort-nés chez les cas contre 10 mort-nés chez les témoins.

Mots Clés : Accouchement, utérus cicatriciel, épreuve utérine, pronostic materno foetal.

SERMENT D'HIPPOCRATE

- En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.
- Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre les mœurs, ni à favoriser le crime.
- Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
- Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
- Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
- Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !