

Ministère de l'Enseignement

République du Mali

Supérieur et de la Recherche

Un Peuple- Un But- Une Foi

Scientifique



UNIVERSITE DES SCIENCES, TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Année : 2014 - 2015



INTERVALLE INTERGENESIQUE COURT SUR UTERUS
CICATRICIEL : LES CAUSES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le...../..../2015

devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : Monsieur KOROMA Chaka

Pour obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)



Président :

Pr TOGO Adégné

Membre :

Mr DIARRA Seydou

Co Directeur :

Dr TRAORE Oumar S

Directeur de Thèse :

Pr TRAORE Mamadou

DEDICACES

Je dédie de travail à :

A toutes les mères, singulièrement à celle qui ont perdu la vie en donnant la vie.
A toutes les femmes ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie.

A toutes les femmes victimes de difficultés de grossesse et de l'accouchement
Aux orphelins dont leur mère ont succombé en leur donnant naissance.

A mon beau pays, le MALI : dont la générosité m'a permis d'avoir une scolarité aussi souhaité que je l'ai souhaitée. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout le temps nécessaire pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement exemplaire.

A mon père Sdiki KOROMA :

Tu es l'artisan de ce chemin ton courage, ta rigueur dans notre éducation ont fait de ton fils ce qu'il est aujourd'hui.

Tes peines, tes sacrifices n'ont de mesure à nos yeux.

Que Dieu de donne longue vie auprès de nous.

Puisse ce travail être pour vous source de satisfaction.

Soyez assuré de mon affection et de ma sincère reconnaissance.

A ma mère Kadiatou DIABATE :

Ta combativité, ton courage, ta générosité resterons pour nous des souvenirs durant notre vie entière. Ce travail est le vôtre.

Que Dieu te donne longue vie Maman

A mes logeurs et logeuses :

Merci pour l'accueil et les conseils précieux.

A mes frères, mes sœurs, oncles, cousins, cousines et tantes :

Merci pour votre soutien, la récompense est certainement au bout

REMERCIEMENTS

A tous les personnels de la FMOS :

Pour le noble et difficile service patriotique que vous rendez à ce pays tous les jours.

Au corps professoral de la FMOS :

Pour l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la qualité de l'enseignement dispensé.

A mes maitres formateurs :

Pr Mamadou TRAORE, Dr TRAORE Oumar M, Dr TRAORE. S Oumar, Dr Fanta COULIBALY, Dr Hamady SISSOKO, Dr Hamidou Albachar DICKO, Dr CAMARA Daouda

Aux Internes :

Michel SOSSA, Yacouba DIARRA, Tiémoko DIAKITE, Allassane DIAKITE, Adama D TRAORE, Aly COULIBALY, Sekou SAW, Oumar KOKENA, Sidiki MALLE, Mamadou B DOUMBIA, Marou Coulibaly, Idrissa DANIOKO, Souleymane DIALLO, Elisabeth DIARRA, Sekou SISSOKO, DOUARE Hamey, GOITA Ramata, DIARRA Tidiane, CAMARA Bintou, COULIBALY Amadou, DOUMBIA Chaka.

A toutes les sages femmes du centre de santé de référence de la commune V, merci pour la collaboration.

A toutes ma promotion :

Courage et persévérance.

A mes ami(e) s

Djakaridia DEMBELE, Bernad COULIBALY, Abou, Michel DEMBELE, Ali CAMARA, Lassina DANIOKO, Sekou KONARE, BAMBBA, Chaka DIALLO, SAMBA, Ousmane, Lassina DIALLO, Oumar DIABY, Moustapha DIABY, Issouf DOUMBIA, Tidiane OUATTARA, ABDUL, Bintou Bathyli, Kadi TOGOLA, Mami CAMARA, , Fode BISSAN. Je vous présente amicalement ce travail qui est le vôtre. Que ceux ou celles n'ont pas été cité par oubli dans ces lignes trouve ici l'expression de mes profonde gratitude.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DE JURY

Pr TOGO Adégné

- Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)
- Membre de la société de chirurgie au Mali (SOCHIMA)
- Spécialiste en chirurgie oncologique

CHER MAÎTRE

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Tout au long de ce travail vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que vos qualités humaines.

Votre éloquence dans l'enseignement, votre souci constant du travail bien fait, votre respect de la personne humaine ont fait de vous un maître admirable.

Recevez ici, cher maître l'expression de nos salutations les plus respectueuses.

A NOTER MAITRE ET JUGE

M. SEYDOU DIARRA

-PhD en anthropologie médicale et de la santé à l'université de Paris 8 (France) ;

-Spécialiste en anthropologie médicale et de la santé ;

-Assistant en santé publique à la FMOS ;

-Responsable des cours d'anthropologie médicale et de la santé à la Faculté des Sciences Humaines et des sciences de l'éducation (FSHSE) ;

-Responsable des cours en anthropologie médicale et de la santé à la FMOS ;

-Chercheur sur les politiques et les systèmes de santé, et l'initiative de la politique de la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et chez les femmes enceintes au Mali.

CHER MAITRE

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

Vos qualités humaines et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans ce travail font de vous un maitre respectable et admiré.

Trouvez ici toute notre admiration ainsi notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR

Dr TRAORE SOUMANA OUMAR

GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN

PRATICIEN AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V

CHER MAÎTRE

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail.

Votre bonté, votre modestie, votre courtoisie, ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter notre grande estime et notre profond respect.

Nous vous remercions sincèrement pour votre rôle déterminant dans la réalisation de ce travail.

Veillez trouver ici, cher maître, l'assurance de notre reconnaissance et de notre profonde admiration.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE

Pr TRAORE Mamadou

- Professeur titulaire en gynécologie obstétrique
- Ancien secrétaire général de la SAGO
- Membre du réseau Malien de lutte contre la mortalité maternelle
- Coordinateur national du programma GESTA internationale
- Directeur de l'unité de recherche et de formation pour la santé de la mère et l'enfant (URFOSAME) au CSREF CV
- Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako et chef de service de gynécologie et d'obstétrique du centre

CHER MAÎTRE

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme directeur de thèse.

Vous n'avez cessé de nous fasciner par votre simplicité, votre rigueur, la qualité de vos enseignements et l'ampleur de votre expérience.

Nous vous prions cher maître d'accepter nos sincères remerciements.

SIGLES ET ABREVIATIONS

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

ACAF : Association des Chirurgien d’Afrique Francophone

AMIU : Aspiration Manuelle Intra Utérine.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF CV : Centre de Santé de Référence de la Commune V

DIU : Dispositif Intra Utérine

DIUPP : Dispositif Intra Utérin du Post Partum

EDS : Enquête Démographique et de Santé

FMOS : Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie.

HGT : Hôpital de Gabriel TOURE

HPG : Hôpital de Point G

IIG : Intervalle Intergénésique

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P F : Planification Familiale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PSI : Service International pour la Population

SAGO : Salon Africain de la Gynécologie Obstétrique

SOCHIMA : Société de Chirurgie au Mali

SOTELMA : Société Malienne de la télécommunication

TA : Tension Artérielle

% : Pourcentage

SOMMAIRE

	Pages
I INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....	1
II GENERALITES.....	7
III METHODOLOGIE.....	32
IV RESULTATS.....	41
V COMMENTAIRES.....	54
VI CONCLUSION.....	67
VII RECOMMANDATIONS.....	69
VIII REFERENCES.....	71
IX ANNEXES.....	75

I. INTRODUCTION

L'étude de l'intervalle intergénéésique revêt une importance capitale, non seulement pour l'analyse de la fécondité, mais aussi pour la mise en place de programmes en matière de santé de la reproduction.

L'espacement des naissances est reconnu pour avoir une influence positive sur la santé des mères et des enfants : des intervalles intergénéésiques courts (inférieur à 24 mois) augmentent les risques de morbidité et de mortalité aussi bien chez les enfants que chez leur mère. Les naissances trop rapprochées amoindrissent la capacité physiologique de la femme ; ce faisant, elles exposent la mère aux complications durant et après la grossesse et accroissent le risque de mortalité maternelle [1].

La complication la plus redoutée est la rupture utérine lorsque l'intervalle intergénéésique court concerne un utérus cicatriciel [2].

Cette complication fatale aboutit le plus souvent au décès maternel qui reste encore très élevé au Mali soit 368 décès pour 100.000 naissances vivantes [1].

Un 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 [3,4].

La cause la plus fréquente de la cicatrice utérine est la césarienne. Elle consiste à ouvrir chirurgicalement l'utérus pour extraire le produit de conception [5,6].

Le taux de césarienne au Mali est de 2,3% [7], en France : 21% [8]. Ce taux est un peu plus élevé aux états-unis (31,4%) [9]

Selon RUIZ-VELASCO et collaborateurs [10], la cicatrice utérine, du fait de sa nature fibreuse, représente la zone de fragilisation élective de l'utérus

cicatriciel. La cicatrisation est un phénomène évolutif de recolonisation conjonctive s'étalant au moins sur un an.

Plus l'intervalle intergénéésique est court, plus le risque de rupture utérine est élevé. Plusieurs études [2,11] s'accordent sur un délai de sécurité compris entre 18 et 24 mois nécessaire après une césarienne sinon, le risque de rupture de rupture utérine serait multiplié par 3.

C'est pourquoi la planification familiale est conseillée aux femmes césarisées afin d'espacer les grossesses d'au moins 12 mois, afin de réduire le risque de rupture utérine par défaut de consolidation de la cicatrice utérine.

Cependant la survenue de grossesse sur utérus cicatriciel à intervalle intergénéésique court est-elle fréquente dans notre service ?

Cette étude est la première du genre au centre de référence de la commune V du District de Bamako dont les objectifs sont les suivants :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL :

Réaliser une étude sur les causes de l'intervalle intergénésiqne court sur utérus cicatriciel au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence des grossesses avec intervalle intergénésiqne court sur utérus cicatriciel dans le service.
- Déterminer le profil sociodémographique des gestantes.
- Identifier les causes de l'intervalle intergénésiqne court.

GENERALITES

III. GENERALITES

III.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 [3].

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

III.2.Rappel anatomique :

UTERUS GRAVIDE; [12 ; 3]

A. ANATOMIE :

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

Anatomiquement, l'utérus gravidé comprend trois parties :

Le corps, l'isthme qui devient le segment inférieur au 3^e trimestre de la grossesse et le col.

1. Le corps utérin :

a) Anatomie macroscopique :

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

Situation :

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

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

A la fin du 3^{ème} mois, il est abdominal et nettement palpable, mesurant 8 cm.

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

Dimensions

Avec une hauteur de 6 à 8 cm et une largeur de 4 à 5 cm en dehors de la grossesse, l'utérus se retrouve à : **[13]**

Tableau I

	hauteur (cm)	Largeur (cm)
Utérus non gravide :	6-8	4-5
A la fin du 3 ^{ème} mois :	13	10
A la fin du 6 ^{ème} mois :	24	18
A terme	32	22

b) Rapports :

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

A terme, l'utérus est abdominal :

En avant : sa face antérieure répond directement à la paroi abdominale sans interposition d'épiploon ou d'anses grêles chez la femme indemne d'opération abdominale.

Dans sa partie inférieure, elle entre en rapport avec la vessie lorsque celle-ci est pleine.

En arrière, l'utérus est en rapport avec :

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

En haut : le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut entrer en rapport avec les fausses côtes. A droite, il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire.

Le fond répond à la 1^{ère} ou à la 2^{ème} vertèbre lombaire.

Latéralement :

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

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

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

Les ligaments utérins

Ils s'hypertrophient au cours de la grossesse.

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

Les ligaments utéro-sacrés ascensionnent.

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

C) Structure :

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

- La séreuse :

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

- La musculuse :

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

L'utérus distendu est formé par une cinquantaine de couches de faisceaux circulaires formant des plans superposés, qui sont répartis en deux assises de faisceaux circulaires superposés externes et internes.

Elles forment la partie contractile de l'organe. Entre ces deux assises existe une couche plus épaisse de fibres entrecroisées dite couche plexiforme.

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

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

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

-La muqueuse

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

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

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

A la fin du 4ème mois, la caduque s'atrophie et son épaisseur diminue progressivement jusqu' à atteindre 1 mm à terme [3].

2. Le segment inférieur :

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

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

Anatomie macroscopique :

- Forme :

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

- Situation :

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

- Caractères :

Son caractère essentiel est sa minceur de 2 à 4mm, 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 a 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.

- **Limite :**

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

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

- **Origine et Formation :**

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

- **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, les adhérences entre vessie et suture de césarienne favorisent l'ascension de plus en plus haut de la vessie ; d'où la prudence à l'ouverture de la paroi lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu' il existe un utérus cicatriciel.

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

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

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

b) Structure :

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

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

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

c) Applications pratiques :

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

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

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

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

Sur le plan pathologique, c'est le lieu de prédilection pour les ruptures utérines, et, le point d'insertion des placentas prævia [13].

3. Le Col de l'utérus :

Le col se modifie peu pendant la grossesse.

a) Anatomie macroscopique :

Son volume et sa forme ne changent pas.

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

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

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

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

b) Structure :

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

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

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

Quelques jours avant le début du travail survient la maturation dont la résultante est une augmentation de la compliance du col qui peut alors se distendre. Au moment du travail, sous l'effet des contractions utérines, le canal cervical s'évase progressivement. [9]

B. VASCULARISATION DE L'UTERUS GRAVIDE

1. Les artères :

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

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

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

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

Cette disposition permet la dilatation du col.

2. 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. Les lymphatiques :

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

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

C. INNERVATION :

Deux systèmes sont en jeu :

1. Le système intrinsèque :

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

2. Le système extrinsèque :

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

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

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

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

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

III.HYSTOLOGIE DE LA CICATRICE UTERINE

A- Etat de la cicatrice [12]

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

Ces phénomènes admirablement étudiés par Ruiz-Velasco permettent d'expliquer, au niveau de la cicatrice utérine, la perte des qualités d'extensibilité et de contractilité propres aux fibres musculaires intactes, entravant plus ou moins la transmission au col de l'activité utérine. La qualité d'une cicatrice est proportionnelle à la quantité des fibres musculaires utérines et inversement proportionnelle à la quantité du tissu fibreux, à l'importance de la hyalinisation et à la rareté des éléments vasculaires.

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

L'appréciation de la solidité d'une cicatrice utérine repose donc sur des signes indirects qu'il faut savoir rechercher avant et pendant la grossesse [14].

B- Etiologie :

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

1-Interventions chirurgicales :

a) Obstétricales :

•Césarienne :

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

- La césarienne corporéale est une incision-ouverture sagittale verticale du corps utérin. Elle contre-indique le travail en raison du risque élevé de rupture utérine. On y classe dans la même catégorie les incisions segmento-corporéales ainsi que la mini-césarienne pour avortement thérapeutique du 2^{ème} trimestre qui, elle aussi, est corporéales [12].

- 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 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 [12].

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

transversale, on doit prendre le soin de charger avec l'aiguille, de chaque côté, la totalité de l'épaisseur des tranches.

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

- **Curetage :**

b) Gynécologiques

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

- **Myomectomie :**

- **Hystéroplastie :** intervention de Strassman (1907): Indiquée dans les malformations utérines de type utérus bicornes notamment

- **Réimplantations tubaires et Salpingectomies :**

c) Accidents au cours du travail : Ruptures utérines

Elles sont soit spontanées, soit provoquées.

- **Ruptures spontanées :**

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

- **Ruptures provoquées :**

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

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

d) Traumatismes :

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

2. Les complications :

a- La rupture utérine :

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

On distingue des ruptures utérines :

- incomplètes sous-séreuses, encore appelées déhiscences
- ruptures complètes.

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

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

Dans les ruptures incomplètes, le péritoine viscéral et les membranes ovulaires restant intacts, le fœtus va continuer à séjourner dans l'utérus expliquant ainsi la différence de mortalité fœtale entraînée par ces deux types de ruptures. Cette déhiscence peut atteindre tout ou partie de la réalisation quasi exclusive de césariennes segmentaires.

Actuellement, dans les pays développés, le nombre de ruptures asymptomatiques est beaucoup plus fréquent, surtout pour les déhiscences qui sont pratiquement toujours une découverte soit opératoire lors de la césarienne soit au moment de la révision utérine.

Les signes d'alarme classique représentés par l'hémorragie, la douleur au niveau de la cicatrice et la souffrance fœtale aiguë, sont souvent absents mais toujours fréquents dans nos pays. [15]

b. Placenta prævia :

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

Ces placentas prævia sont localisés le plus souvent sur la face antérieure de l'utérus. Un placenta prævia antérieur sur un utérus cicatriciel est une indication de césarienne itérative systématique avant tout début de travail. Le risque d'un placenta accréta doit toujours entraîner l'équipe obstétricale à intervenir avec d'excellente voie d'abord veineuse, du sang compatible tenu à disposition, une numération globulaire satisfaisante avant l'intervention et un nombre suffisant d'opérateurs, l'un pouvant être amené à comprimer l'aorte si nécessaire le temps d'assurer l'hémostase. [16]

IV - Diagnostic des différentes complications

1- Rupture utérine sur utérus cicatriciel :

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

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

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

Les signes de péritonite sont très peu marqués, voire absents. Ils sont remplacés par une irritation péritonéale à type de douleurs diffuses avec iléus paralytique.

Il peut s'associer à une anémie clinique plus ou moins marquée. La connaissance de l'opération antérieure permet de faire aisément le diagnostic.

L'examen doit être complet et mené avec minutie.

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

2- Rupture utérine et placenta accréta :

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

Il ne faut pas hésiter à faire une laparotomie.

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

Il est très facile :

-Après une révision.

-Après une manœuvre qui, laborieuse au début, devient brusquement facile.

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

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

Au contraire, le diagnostic devient problématique: en cas :

-d'anesthésie,

-de désunion silencieuse et progressive,

-de déchirure du col propagée au segment inférieur ou de rupture incomplète ou extra-muqueuse.

CONDUITE A TENIR LORS D'UN NOUVEL ACCOUCHEMENT

La conduite à tenir devant un accouchement sur utérus cicatriciel n'est pas unanime. Mais comme le reconnait Racinet [17] la règle d'une césarienne systématique est dépassé.

Cependant un accouchement sur utérus cicatriciel est un accouchement à haut risque de rupture utérine et ce risque est autant plus majoré s'il s'agit d'un accouchement sur utérus cicatriciel avec intervalle intergénésiq ue court. Cela a été prouvé par les études de Abdoulaye Sepou au Bangui (république centrafricaine) à propos du suivie de 73 parturientes à la maternité de Bangui qui ont montré que la rupture utérine est plus fréquente chez les parturientes qui ont un intervalle inter génésiq ue inférieur à 2 ans.

Dans notre étude aucune épreuve utérine n'a été effectuée, toutes les femmes qui ont été vues avant le travail d'accouchement ont été programmée pour une césarienne et toutes celles venue pour travail d'accouchement ont été césarisée en urgence afin d'éviter tout risque de rupture utérine.

La césarienne prophylactique [18]

La césarienne prophylactique est une césarienne programmée avant tout début de travail.

A- Les indications :

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

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 l'indication est souvent mixte et liée, certes au rétrécissement, mais aussi à une présentation mal fléchie.

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

2) La cicatrice utérine :

Elle peut être à priori de mauvaise qualité et justifier d'une césarienne, qu'il s'agisse de cicatrices corporeales ou de cicatrices segmentaires avec trait de refend corporeal,

- cicatrices des mini- césariennes pour interruption tardive de grossesse ou, perforations utérines d'IVG, compliquées d'infection : fièvre élevée et persistante, suppuration, lochies fétides, rejet de débris sphacéliques; cicatrices utérines multiples (par exemple césarienne + myomectomie ou polomyomectomie),

- cicatrice de césarienne sur un utérus mal formé

- cicatrice de la classe IV de Poitevin, c'est à dire dont le diverticule mesuré sur l'hystérogrophie fait plus de 6 mm ou 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) La grossesse actuelle :

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

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

B- particularités techniques de la césarienne :

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

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

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

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

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

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

CLASSIFICATION DES UTERUS CICATRICIELS

Classification hystérosalpingographique selon Thoulon : [12;16]

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

Groupe 1 : cicatrice invisible radiologiquement

Groupe 2 : déformation inférieure à 4 mm

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

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

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

Classification échographique selon Rosenberg : [19]

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

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

Groupe 2 : segment inférieur exclusivement inférieur à 3mm

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

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

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune V

1-1-Données géographiques :

La commune V fut créé par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Aout 1978 et placée sous la tutelle du gouvernorat du district de Bamako.

- Elle est constituée de huit (8) quartiers dont le plus ancien est Badalabougou et le plus récent est le quartier Mali (source Marie commune V)
- La commune V couvre une superficie de 41,59km² située sur la rive droite du fleuve Niger, elle est limitée au nord par le fleuve Niger, au Sud-ouest par Kalaban-coura(Kati) à l'Est par la commune VI.

La commune V est constituée par un terrain plat et un plateau communément appelé colline de Badalabougou.

1-2 Organisation du centre de santé de référence :

La commune V compte un centre de santé de référence, neuf (9) CSCom, PMI BADALABOUGOU et les structure privées.

➤ Le service de gynécologie obstétrique comprend :

- Un service de consultation gynécologie assurée par les gynécologues obstétriciens
- Une unité de grossesse à risque
- Une unité de néonatalogie
- Une unité de consultation prénatale
- Une unité planning familial et post-natal

- Une unité de post-opéré
- Une unité des urgences obstétricales
- Une unité accouchement/suite couches normales
- Une unité d'AMIU (Aspiration Manuelle Intra Utérine)

➤ Une permanence est assurée par une équipe composée de :

- Un médecin en spécialisation de gynécologie obstétrique
 - Six étudiants en médecine faisant fonction d'interne
 - Deux sages-femmes
 - Une aide-soignante
 - Un infirmier anesthésique
 - Un technicien du laboratoire
 - Caissier(e)
 - Un chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les hôpitaux nationaux (HPG HGT)
- Deux garçons de salle assurant la propreté permanente du service

➤ Au niveau organisationnel du service de garde, l'équipe dispose de :

- quatre tables d'accouchement
- deux salles d'opération dont une pour les urgences
- un dépôt de sang
- des kits d'urgences permettant pour une prise en charge rapide des urgences obstétricales et gynécologiques
- Un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à 8 heures 15 minutes réunissant le personnel dirigé par le chef de service. Au cours du staff l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et événements qui se sont déroulé les 24 heures durant.

-il y a 4 jours de consultations des malades externes, 4 jours pour le programme opératoire ; la consultation d'urgence est assurée 24heures/24heures

Une visite est faite tous les jours et la visite générale a lieu une fois par semaine dirigée par le professeur chef de service.

➤ Personnels des unités de PF

- Trois sages-femmes

-Deux infirmières

➤ Organisation du travail à l'unité PF :

Les sages-femmes :

-faire le counseling (entretien entre sage-femme et la cliente dans la salle)

-Remplir le support des données

-Insertion et retrait des DIU

- Consultation post-natale

Les infirmières :

-Nettoyage du matériel et des locaux

-Recherche des dossiers des clientes

-Injection de confiance

-Mesure de TA et poids

- Pansement des points d'insertion et de retrait de norplant

➤ Approvisionnement en contraceptifs :

PPM (Pharmacie Populaire du Mali) au dépôt de CSREF CV.

2-type et période d'étude

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive portant sur l'intervalle intergénésiq ue court sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako du 1^{er} janvier au 31 octobre 2013 soit une période de 10 mois.

3-Population d'étude

L'étude a porté sur toutes les gestantes reçues dans le service durant la période d'étude.

4-Echantillonnage

a-Taille de l'échantillon

Nous avons fait un recrutement exhaustif de toutes les patientes porteuses d'une grossesse sur utérus cicatriciel avec intervalle intergénésiq ue inférieur à un an durant la période d'étude.

b-Critère d'inclusion

Toute patiente enceinte porteuse d'une ou plusieurs cicatrices utérines de césarienne, admise dans le service pour travail d'accouchement ou non dont l'intervalle intergénésiq ue était inférieur à un an (1 an).

c-Critère de non inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude :

-Toutes celles qui répondaient à notre critère d'inclusion et qui ont refusé de répondre au questionnaire.

c-La méthode

Nous avons élaboré une fiche d'enquête comportant différentes questions sur les causes de l'intervalle intergénésiq ue court. Chaque patiente recrutée était soumise à cette questionnaire et chacune d'entre elle évoquait la cause de survenue de la grossesse.

5-Considération éthique

Il s'agit d'une étude qui portait sur des êtres humains, ainsi le consentement éclairé oral de chaque patiente a été le préalable. La confidentialité et l'anonymat étaient garantis.

6-Informatisation des données

L'analyse et la saisie des données ont été effectuées sur SPSS statistics 17.0 et la saisie des textes est faite par Microsoft Word 2010.

7-Les variables étudiées :

Les variables suivant ont été étudiées : âge, profession, statut matrimonial, régime matrimonial, niveau d'instruction, les antécédents gynécologiques, les raisons de la survenue de la grossesse actuelle.

8-Les supports des données :

Nos supports ont été recueillis à partir de :

- Fiches d'enquêtes (voir annexes)
- Registre de césariennes
- Registre d'accouchement
- Registre de consultation post natal
- Registre de planning familial
- Dossier Obstétricaux

9-Définitions opératoires :

Utérus cicatriciel : C'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.

-intervalle intergénéésique: c'est le temps qui s'écoule entre la fin d'une d' grossesse et la conception d'une nouvelle grossesse.

- Césarienne prophylactique : césarienne programmée avant tout début de travail d'accouchement.

- Gestité : elle se définit comme étant le nombre de grossesse d'une femme

- Nulligeste : c'est une femme qui n'a jamais contracté de grossesse

-Primigeste : c'est une femme qui a contracté 1 grossesse

- Paucigeste : c'est une femme qui a contracté entre 2 à 3 grossesses

- Multigeste : c'est une femme qui a contracté entre 4 à 5 grossesses

- Grande multigeste : lorsque le nombre de grossesse est supérieur ou égale à 6

- Parité: c'est le nombre d'accouchement

- Nullipare : c'est une femme qui n'a jamais accouché

-Primipare : c'est une femme qui a accouché 1 fois

- Paucipare: c'est une femme qui a accouché 2 à 3 fois

- Multipare : c'est une femme qui a accouché entre 4 à 5 fois

- Grande multipare : lorsque le nombre d'accouchement est supérieur ou égale à 6

- Référence : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une formation sanitaire ou d'une autre plus spécialisée pour une meilleure prise en charge adaptée en dehors de toute situation d'urgence.

- **Evacuation**: c'est le transfert d'un patient d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation.

-**La mortalité maternelle** : c'est le décès de toute femme survenu soit au cours de la grossesse ou les 42 jours qui suivent sa terminaison pour une cause quelconque aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé mais ni fortuite ni accidentelle.

- **Le planning familial** : c'est l'ensemble des moyens mise à la disposition des individus, des couples qui les permettent d'assurer de façon responsable leur sexualité, d'éviter les grossesses non désirées, d'espacer les naissances et d'avoir le nombre d'enfant qu'ils veulent.

RESULTATS

V. RESULTATS

5.1 FREQUENCE

Du 1^{er} janvier au 31 octobre 2013 nous avons enregistré :

300 gestantes avec utérus cicatriciels.

60 gestantes parmi les 300 avaient un intervalle intergénésiq ue inférieur à 12 mois soit une fréquence de 20%.

Durant la période d'étude nous avons enregistré 7600 accouchements dont 1216 césarienne soit une fréquence ce 16%.

5.2 Caractéristiques socio démographiques

5.2.1 L'âge

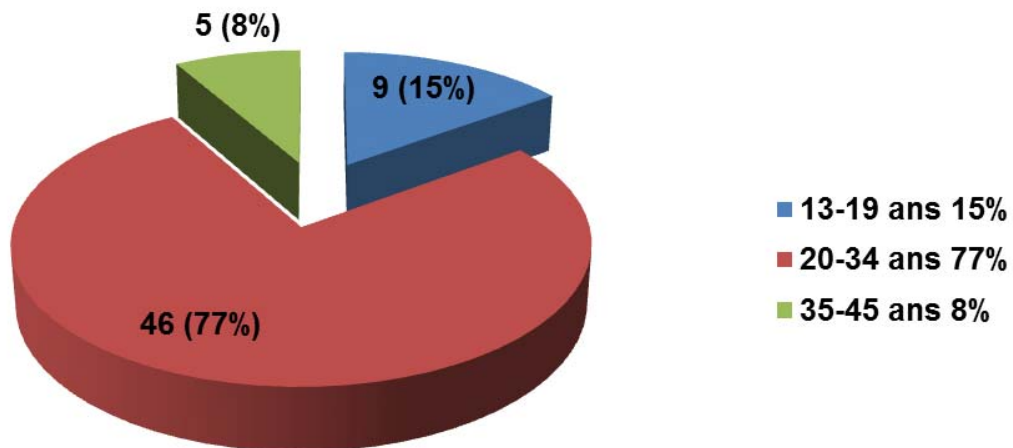


Figure 1 : répartition des gestantes selon l'âge

Age moyen : 25,93 ans écart type : 5,6 ans

Ag es extrêmes : 13 et 45 ans

5.2.2 La profession :

Tableau I : répartition des gestantes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Sans profession	36	60
Commerçantes/vendeuses	13	21,66
Gendarme	1	1,67
Monitrice	1	1,67
Enseignantes	2	3,33
Médecin	1	1,67
Etudiantes/élèves	4	6,67
Aide-ménagère	2	3,33
Total	60	100

5.2.3 La religion

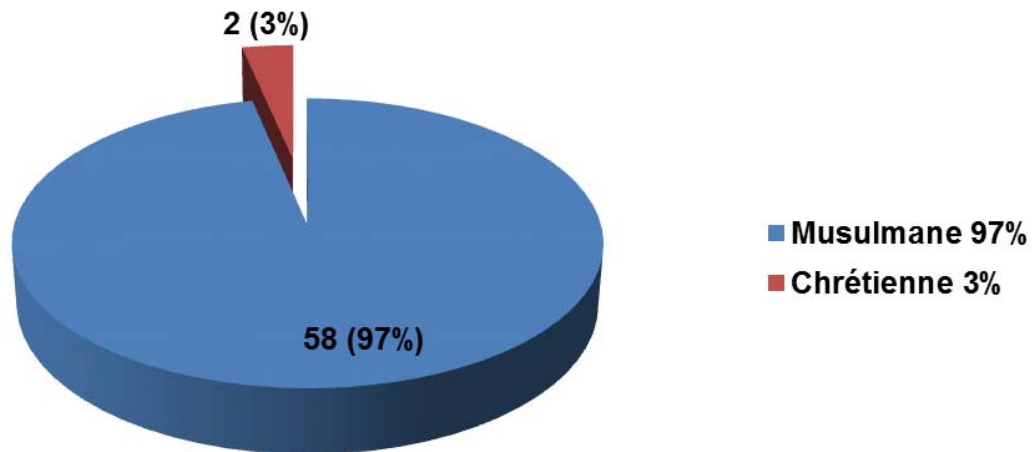


Figure 2 : répartition des gestantes selon la religion.

5.2.4 Le statut matrimonial

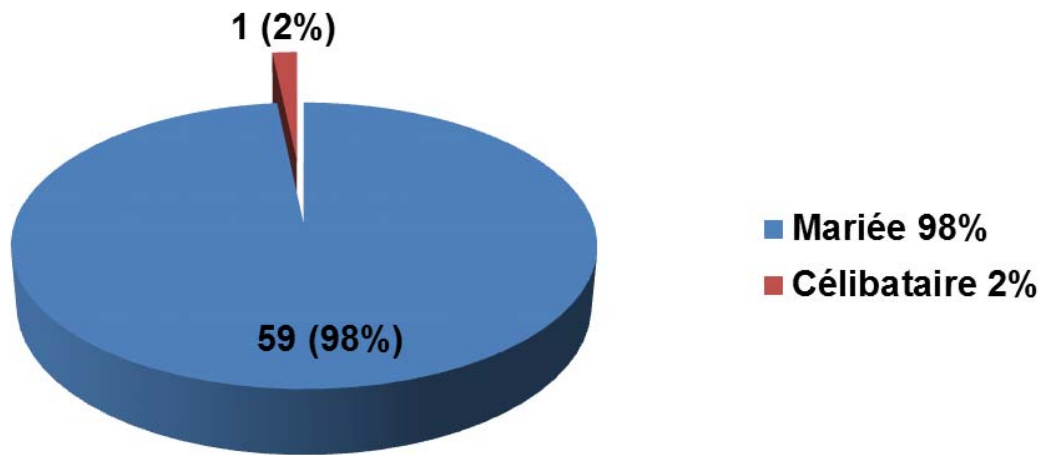


Figure 3 : répartition des gestantes selon le statut matrimonial.

5.2.5. Le régime matrimonial

INTERVALLE INETERGENESIQUE COURT SUR UTERUS CICATRICIEL : LES CAUSES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO

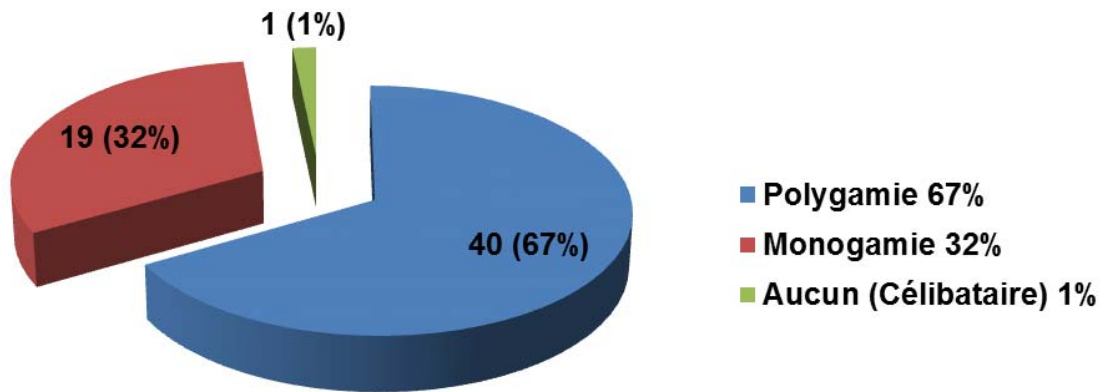


Figure 4 : répartition des gestantes selon le régime matrimonial.

5.2.6. Indication de la césarienne précédente

Tableau II : Répartition des gestantes selon l'indication de la césarienne précédente.

Indication de la césarienne	Effectif	Pourcentage
Souffrance fœtale aigue	25	41,67
Hémorragie	17	28,33
Dystocie	10	16,67
HTA/complication	8	13,33
Total	60	100

5.2.7 Intervalle inter génésique :

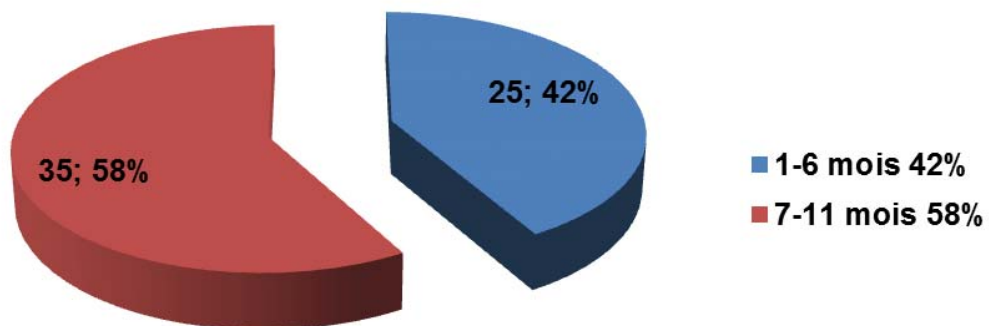


Figure 5 : Répartition des gestantes selon l'intervalle inter génésique.

5.3. Pratique antérieure de la contraception

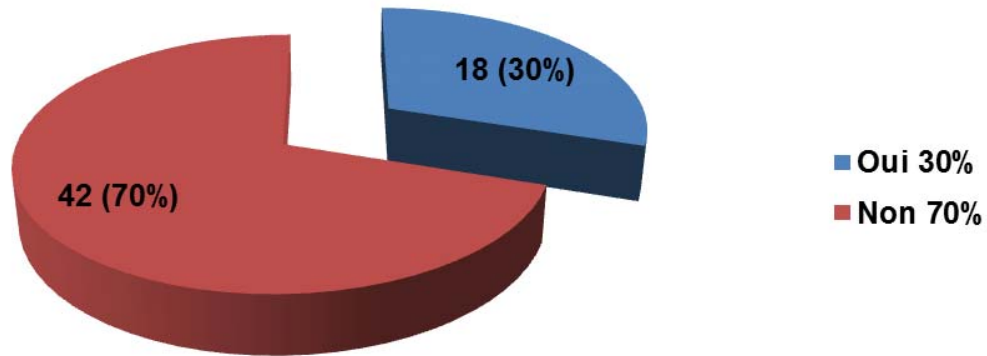


Figure 6 : Répartition des gestantes selon qui avaient antérieurement pratiqué de la contraception.

5.4. Le niveau de connaissance des différentes méthodes contraceptives

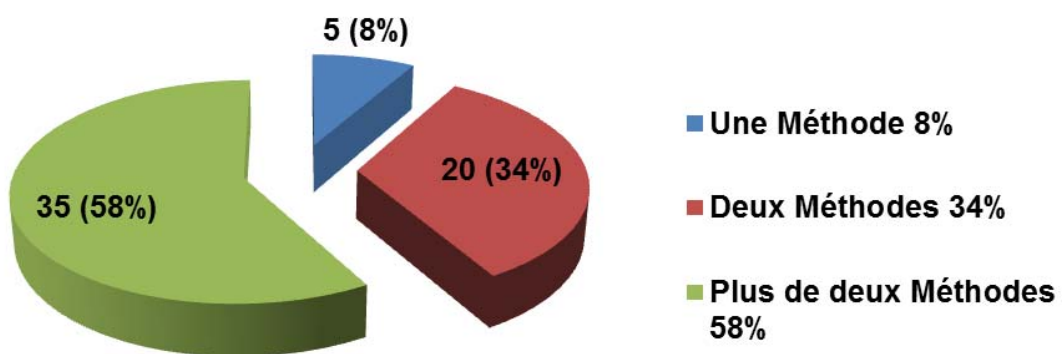


Figure 7 : Répartition des gestantes selon le niveau de connaissance des différentes méthodes contraceptives.

5.5 Les raisons de la survenue de la nouvelle grossesse :

5.5.1. Les raisons de non utilisation de la contraception :

Tableau III : Répartition des gestantes selon les raisons de non utilisation de la contraception.

Raison de non utilisation de la contraception	Effectif	Pourcentage
Désir d'enfant	18	66,67
Refus du conjoint	3	11,11
Religion	3	11,11
Raison de santé	2	7,41
Peur d'être stérile	1	3,7
Total	27	100

NB : 33 gestantes avaient opté pour la contraception

5.5.2. Les raisons de non utilisation de la contraception et la vitalité de l'enfant issu du dernier accouchement.

Tableau IV : répartition des gestantes selon les raisons de non utilisation de la contraception et la vitalité de l'enfant issu du dernier accouchement.

Vitalité de l'enfant du dernier accouchement	Raison du refus de la contraception					
	Désir d'enfant	Refus du conjoint	religion	Peur d'être stérile	Raison de santé	E
Vivant	4	1	1	0	2	7
Décédé	14	2	2	1	0	20
Total	18	3	3	1	2	27

5.5.3 Opinion des gestantes sur la qualité du service offert à l'unité de la consultation post opératoire.

Tableau V : répartition des gestantes selon leurs opinions sur la qualité du service offert à l'unité de la consultation post opératoire.

Difficultés rencontrées	Effectif	Pourcentage
Longue attente	16	26,67
Mauvais accueil	10	16,67
Contrainte horaire	1	1,66
Aucune	33	55
Total	60	100

5.5.4. Les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives chez les gestantes qui avaient accepté le principe.

5.5.4.1. Rendez-vous pour la planification familiale

INTERVALLE INETERGENESIQUE COURT SUR UTERUS CICATRICIEL : LES CAUSES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO

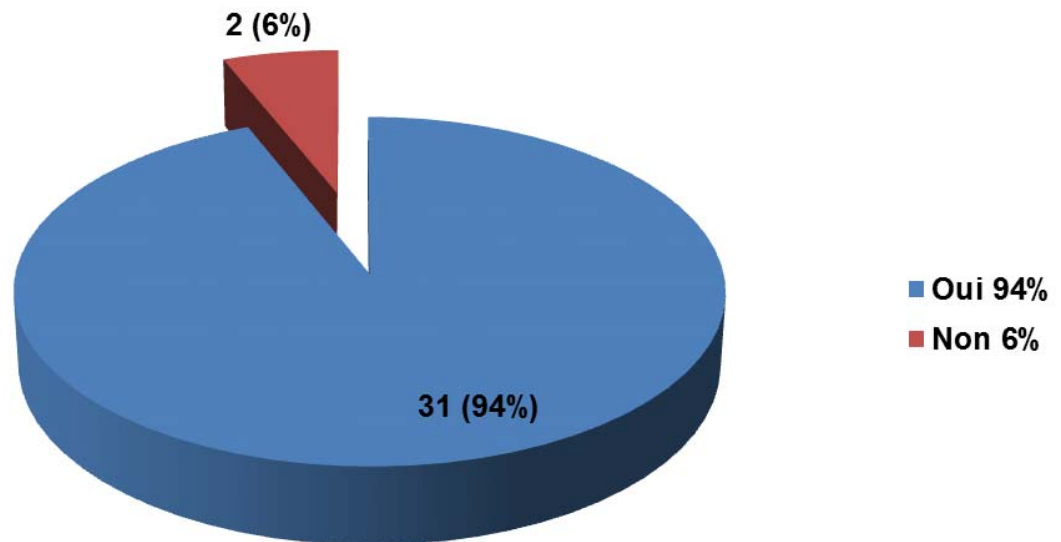
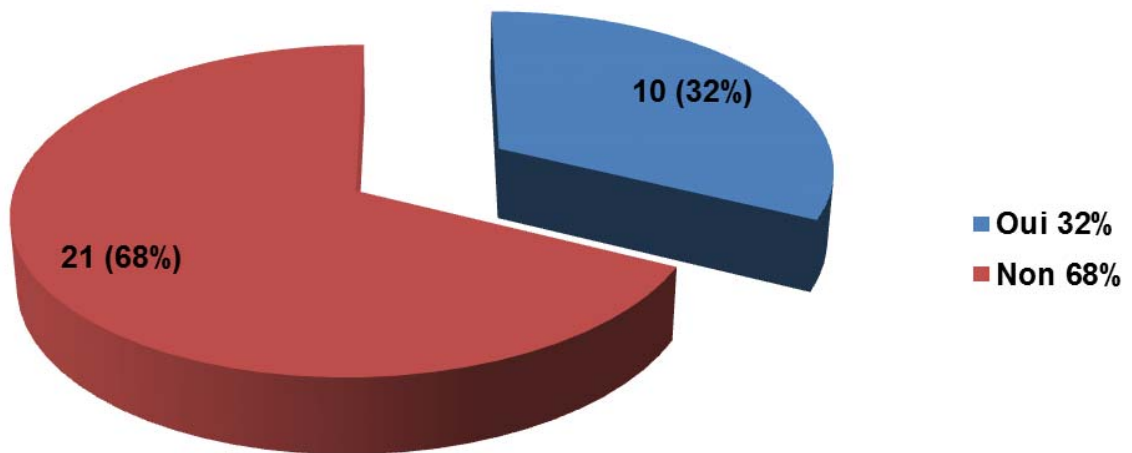


Figure8 : répartition des gestantes selon celles qui ont bénéficié d'un rendez-vous pour la planification familiale.

5.5.4.2. Les rendez-vous honorés pour la planification familiale.



NB : 2 gestantes n'avaient pas bénéficié de rendez- vous pour la PF

Figure 9 : répartition des gestantes selon celles qui ont honoré leurs rendez-vous pour la PF.

5.5.4.3. Les raisons du non-respect du rendez-vous pour la planification familiale.

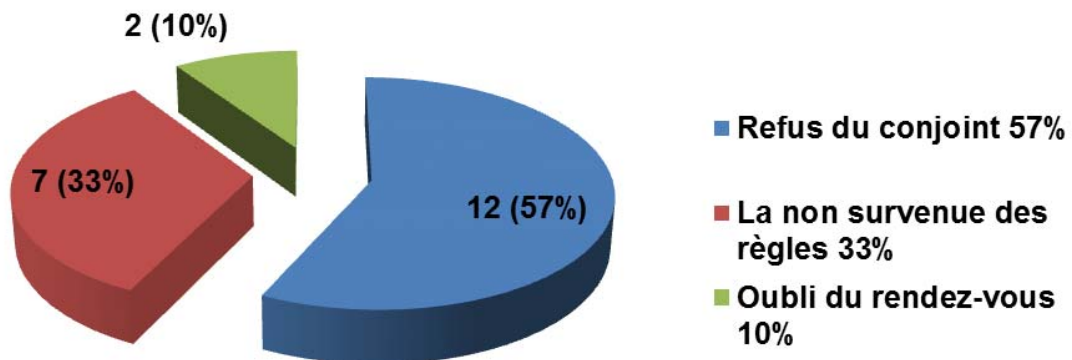


Figure10 : répartition des gestantes selon les raisons du non-respect de leurs rendez-vous pour la planification familiale.

5.5.5. Les raisons de l'abandon de la méthode contraceptive adoptée pour celles qui avaient pratiqué.

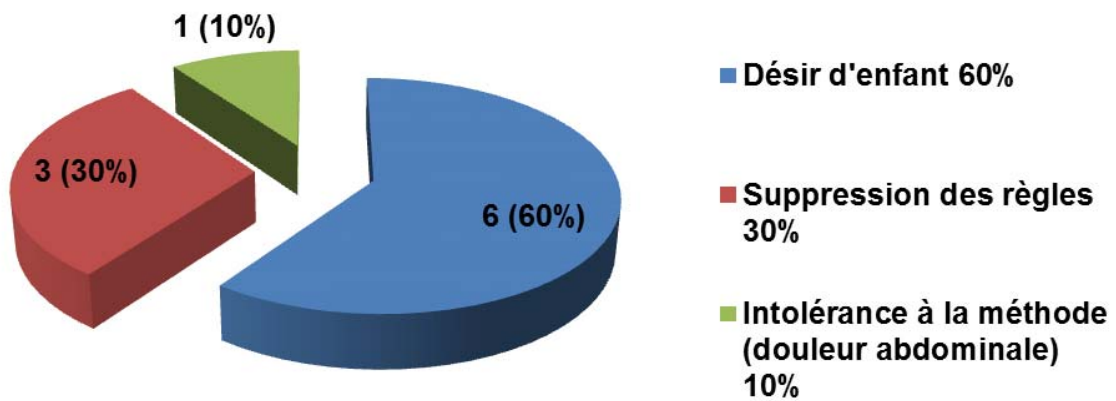


Figure 11 : répartition des gestantes selon la raison de l'abandon de la méthode contraceptive adoptée pour celles qui avaient pratiqué.

5.6. Information sur les risques liés à la survenue d'une grossesse sur utérus cicatriciel à un intervalle intergénésiq ue court.

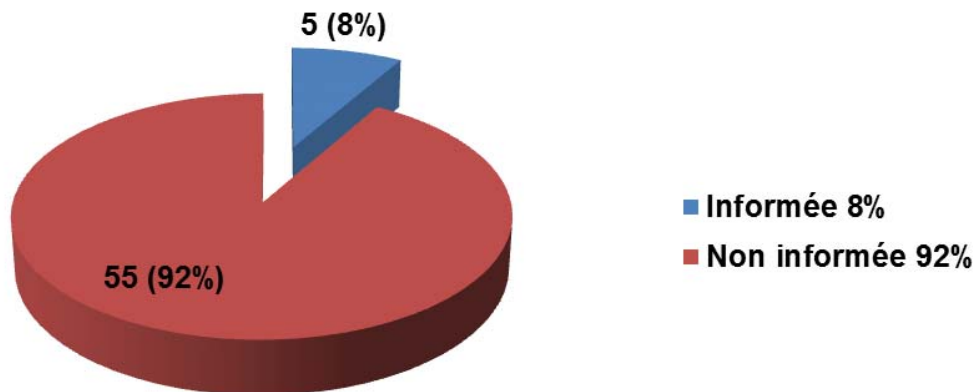


Figure 12 : répartition des gestantes selon celles qui ont été informées sur les risques liés à la survenue d'une grossesse sur utérus cicatriciel avec intervalle intergénésiq ue court.

**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION**

VI. COMMENTAIRES

1. L'âge

La tranche d'âge 20-34 ans a été la plus représentée avec une fréquence de 77%, l'âge moyen était de 25,93 plus ou moins 5,6 ans. Cet âge correspond à l'âge où les activités sexuelles sont très intenses donc à la période de la procréation comme le raconte A S. ménagère de 32 ans « *j'ai 32 ans et je n'ai qu'un seul enfant vivant car je me suis mariée tardivement, or nous savons tous que le mariage dans notre tradition, c'est faire des enfants ; si je me planifie à cet âge-là je vais vieillir sans avoir beaucoup d'enfants* ».

A cette autre, M D ménagère de 42 ans d'affirmer« *sincèrement cette grossesse n'a pas été désirée car mon âge est un peu avancé et j'ai 7 enfants vivants, vraiment j'avais décidé d'arrêter après mon opération. On m'avait demandé de venir me planifier quand j'allais voir les règles, mais depuis là je n'ai plus vu les règles. Un jour j'ai eu mal au bas ventre et je suis allée à l'hôpital, c'est là-bas qu'on m'a dit que je suis enceinte*».

A cette autre ménagère de 38 ans de dire : « *c'est vraie, j'ai jusqu'à 6 enfants vivants, je devrais arrêter maintenant, le problème est que tous mes enfants sont de sexe féminin, j'ai besoin d'avoir un garçon pour garantir la sécurité de la famille donc je ne peux pas me planifier maintenant* ».

Nous déduisons de l'analyse de ces différents propos que l'âge est un facteur déterminant dans l'espacement des naissances.

De façon générale les femmes ont tendance à faire le maximum d'enfant dans leur jeune âge. Pour ce faire elles sont de plus en plus réticentes aux méthodes contraceptives car dans notre société la femme n'a de la valeur que lorsqu'elle a beaucoup d'enfant dans le foyer. Cette contrainte les oblige à ne pas accepter la

planification familiale même si elles le désiraient.

Cette conception sociale est-elle conçue par toutes catégories socio-professionnelles ? Cela nous amène à étudier la place de la profession dans l'espacement des naissances.

2. Profession :

La survenue de grossesse sur utérus cicatriciel à intervalle court touche toutes les classes socio professionnelles y compris les intellectuelles comme l'atteste les propos de cette gestante ; A D médecin de 28 ans : *« après mon dernier accouchement par césarienne, mon mari et moi avons décidé d'utiliser les préservatifs, mais il arrivait des jours que notre stock s'épuisait ,donc on ne se protégeait pas ces jours-là, c'est dans ce contexte que je suis tombée enceinte sinon ce n'était pas mon choix ».*

Cette autre ménagère de 30 ans affirme : *« moi je pense qu'on se planifie pour pouvoir espacer les enfants, or moi mon dernier enfant vivant a aujourd'hui 4 ans, car l'enfant issu de mon dernier accouchement par césarienne est décédé à 2 jours de vie car il était fatigué à la naissance selon les docteurs, voilà la raison pour laquelle je ne suis pas planifiée».*

Nous retenons à travers ces propos que la notion de contraception après une césarienne est mal comprise par les femmes ou soit mal expliquée par les agents de santé. Nombreuses sont celles qui pensent que le seul but de la contraception est d'espacer les naissances même après une césarienne.

La planification familiale est mal jugée à plusieurs niveaux.

Quel est donc la position de la religion vis-à-vis de cette planification familiale ?

3. Religion :

La mauvaise interprétation de la religion peut être un obstacle à la pratique de la contraception comme le témoigne les propos de cette femme, K S musulmane pratiquante, de confession SUNNIT : *« je ne me suis pas planifiée parce que l'enfant est un don de Dieu et d'ailleurs la planification va à l'encontre de la religion musulmane. C'est une invention des blancs ; sinon autrefois nos mamans ne se planifiaient pas et elles n'avaient aucun problème, je ne vais jamais me planifier même si on m'opère plusieurs fois ».*

A cette autre d'affirmer :

« Après mon dernier accouchement par césarienne, je n'ai pas voulu tomber tout de suite enceinte à nouveau car je suis fatiguée, mais j'ai eu peur d'en parler à mon mari, qui est marabout. Il ne croit pas à ce genre de pratique, comme je ne pouvais pas prendre la décision moi seule, c'est pourquoi je ne me suis pas planifiée ».

Nous déduisons de ces différents propos que la religion peut être une barrière à la réussite la planification familiale. Certaines femmes pensent qu'accepter de se faire planifier c'est désobéir aux principes de la religion.

4. Statut matrimonial :

L'intervalle intergénésiq ue court après une césarienne se rencontre aussi bien dans le rang des femmes mariées comme les célibataires.

Ainsi à Mlle S D. enseignante célibataire de 38 ans de dire *« même si je ne suis pas mariée j'ai besoins d'enfant car j'ai 38 ans aujourd'hui, à ma première grossesse on m'a césarisé car je faisais une HTA (hypertension artérielle) sévère, l'enfant est décédé 2 jours après car il était petit à la naissance, donc je ne pouvais plus attendre vos 2 ans là avant de tomber enceinte à nouveau».*

Les femmes mariées surtout celles des foyers polygames ont tendance à rivaliser avec le nombre d'enfants vivants. Comme le témoigne cette gestante de 25 ans : *« j'ai une coépouse qui a jusqu'à 5 enfants vivants, moi j'en ai un seul et vous voulez que je me planifie ? Je ne vais pas me planifier tant que je n'aurai pas assez d'enfants ».*

A une autre M S de dire *« je suis la deuxième femme de mon mari, ma coépouse à 7 enfants et moi je n'ai que 2 seulement. Mon dernier né par césarienne est vivant, mais pour avoir du poids dans la famille il faut faire beaucoup d'enfants avant que les règles ne s'arrêtent ! ».*

Ces différents propos nous enseignent que, la notion de cicatrice utérine ne peut pas être un frein à la survenue d'une grossesse rapprochée ; puisque les femmes se voient dans l'obligation de faire beaucoup d'enfant afin d'avoir une place considérable dans la famille. Pour ce faire elles minimisent tous les risques que la grossesse peut leur faire encourir.

Par ailleurs, une connaissance antérieure des méthodes contraceptives pourrait-elle avoir un effet bénéfique sur son utilisation ?

5. Pratique antérieure de la contraception :

Une connaissance antérieure des méthodes contraceptives n'a aucune influence sur son utilisation, seul le nombre d'enfants en vie et l'issue de l'enfant de la dernière grossesse peuvent amener les femmes à prendre des décisions vis-à-vis de la planification comme le rapporte cette gestante de 28 ans *« la contraception, je la connais très bien, je l'avais même fait après ma première grossesse, mais si cette fois-ci je ne l'ai pas fait, c'est parce que l'enfant issu de mon dernier accouchement n'est pas venu vivant et je n'ai qu'un*

seul enfant qui a aujourd'hui 6 ans, j'ai fort besoin d'enfant ; raison pour laquelle cette fois-ci je n'ai pas accepté la planification ».

Puis à une autre S K 30 ans de dire « je connais très bien la planification familiale, je la faisais avant que je ne sois mariée, mais si vous voyez que je ne me suis pas planifiée après mon opération, c'est parce que l'enfant issu de cet accouchement n'a pas survécu, il est décédé deux jours après sa naissance et je n'ai pas d'autre enfant vivant. Mon mari est triste, il a besoin d'enfant et je suis sa seule femme, c'est pourquoi je ne suis pas planifiée car je voulais avoir un autre enfant très vite ».

L'analyse de ces différents propos nous permet d'affirmer que la survenue d'une grossesse sur utérus cicatriciel dans un délai court n'est pas forcément par méconnaissance des méthodes contraceptives.

En général les femmes qui ont perdu l'enfant issu de leur dernier accouchement ont du mal à accepter la contraception parce qu'elles veulent rattraper le temps. Cependant qu'elle est le niveau de connaissance de ces femmes concernant les méthodes contraceptive ?

6. Le niveau de connaissance sur les méthodes contraceptives :

L'utilisation de la contraception suppose, au préalable la connaissance d'au moins une méthode contraceptive.

Dans notre étude, 8% de nos gestantes enquêtées ont pu citer au moins une méthode ; 34% deux méthodes et 58% trois méthodes. Cela suppose que les méthodes contraceptives sont mieux connues par les femmes au Mali, mais elle est moins pratiquée car seulement 30% parmi elles l'avaient antérieurement pratiqué.

La question est de savoir ; qu'elles sont les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives ?

7. Les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives.

Les raisons pouvant expliquer la non utilisation des méthodes contraceptives sont diverses. Nous allons citer quelques témoignages de nos différentes intervenantes.

Une ménagère de 28 ans affirme : *« j'ai entendu par les gens que la planification peut rendre stérile or moi je n'ai pas encore d'enfant vivant car l'enfant issu de mon dernier accouchement est décédé une semaine après sa naissance c'est pourquoi je n'ai pas accepté la planification »*

A cette autre femme F K de dire : *« votre planning familial n'est pas bon c'est contraire aux principes de la religion musulmane et puis d'ailleurs ma belle-sœur m'a dit que ça rend stérile, car elle-même a eu des difficultés à avoir un autre enfant après avoir adopté une des méthodes contraceptives ! ».*

Par ailleurs les maris ont aussi leur part de responsabilité dans le non-respect des principes de la planification familiale par les femmes. Ceci s'illustre par les propos d'un mari rapportés par sa femme M S *« j'ai 3 femmes aucune d'entre elle n'a pris et ne prendra jamais ces comprimés de mon vivant, c'est la pure invention des blancs, Dieu n'a jamais dit cela ».*

Nous déduisons de ces différents propos que les rumeurs véhiculées sur les effets secondaires les produits contraceptifs sont des facteurs limitant leur utilisation.

Par ailleurs l'attachement de certains hommes aux valeurs traditionnelles limite le choix à leurs femmes vis-à-vis de la planification familiale.

Dans la perspective de la recherche des raisons de non utilisation de la contraception, nous allons chercher à savoir s'il existe un lien entre ces raisons et la vitalité de l'enfant issu du dernier accouchement.

8. Les raisons de non utilisation de la contraception et la vitalité de l'enfant issu du dernier accouchement.

Les gestantes qui avaient perdu l'enfant issu de leur dernier accouchement ont plus opté pour la non utilisation des méthodes contraceptives pour désir d'enfant.

L'issue de l'enfant du dernier accouchement est donc un facteur déterminant dans la survenue d'une nouvelle grossesse comme le racontait cette ménagère de 31 ans : *« moi je pense que le but de la planification c'est d'espacer les enfants mais si l'enfant de mon dernier accouchement n'a pas survécu quelle serait l'importance de la planification, puisque mon dernier enfant vivant aura 4 ans bientôt ».*

Cette autre ménagère affirme : *« je me suis mariée à l'âge de 37 ans et j'ai aujourd'hui 40 ans avec 1 seul enfant vivant car mon premier est décédé à l'âge de 2 ans s'il fallait que j'attende encore 2 ans avant de tomber enceinte à nouveau je pense que mes règles s'arrêteront sans que j'ai au moins 3 enfants ».*

Certes la survenue d'une grossesse rapprochée sur utérus cicatriciel émane de la volonté de la gestante elle-même ; mais es-ce que les agents de santé n'ont pas leur part de responsabilité dans la survenue de ces grossesses rapprochées ?

9. Opinions des gestantes sur la qualité du service offert à l'unité de la consultation post opératoire :

Dans notre étude 26,67% de nos gestantes se sont plaint de la durée d'attente au niveau de la consultation externe qu'elles jugeaient très longue comme le témoignait une gestante :

« le jour que je suis venue pour la visite de 40 jours après mon opération j'étais venue très tôt le matin à 6 heures sans même manger en espérant que j'allais revenir le plus vite possible afin de pouvoir préparer le déjeuner pour mes enfants, mais j'ai attendu jusqu'à 10 heures, on ne m'avait pas encore appelé donc je suis retournée à la maison pour pouvoir aller au marché et préparer pour mes enfants et quand je suis revenue la semaine suivante l'infirmière qui écrit les noms m'a dit que la liste était déjà pleine et qu'elle ne pouvait pas m'inscrire ; donc je suis allée à la maison et je ne suis plus revenue car j'en avais marre ».

16,67% de nos gestantes enquêtées n'ont pas apprécié la qualité de l'accueil au niveau de la consultation externe. Une gestante de 24 ans rencontrait son cas :

« moi j'habite très loin d'ici donc je me suis réveillée très tôt le matin pour pouvoir arriver ici tôt, mais on ne trouve pas la «SOTRAMA » vite et avec les embouteillages, je suis arrivée un peu en retard vers 10 heures et quand j'ai approché la femme qui avait la liste pour qu'elle inscrive mon nom, elle m'a offensé en me disant que, ça ne m'intéressait pas sinon j'allais venir tôt et quand j'ai voulu lui donner des explications, elle m'a plus écouté et elle est rentrée dans la salle de consultation, ça m'a beaucoup fait mal et c'est suite à cela que je suis

allée à la maison pour ne plus revenir afin d'éviter de disputer avec elle sinon si j'avais été informée de la planification j'allais la faire ».

L'accès à l'information constitue un préalable important pour promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptive. Certaines contraintes privent certaines femmes à avoir accès aux informations adéquates concernant la planification familiale.

Dans notre études certaines femmes n'ont pas été informées, parce qu'elles n'ont pas eu accès à la salle de consultation post opératoire, mais es- ce que c'est la seule raison qui explique le faite que les femmes césarisées n'utilisent pas les méthodes contraceptives.

10. Rendez-vous pour la planification familiale.

Dans notre enquête **55%** de nos gestantes avaient opté pour la contraception, **94%** parmi elles ont bénéficié d'un rendez-vous, **6%** ne se sont pas présentées à l'unité de planification familiale parce qu'elles n'ont pas bénéficié d'un rendez-vous comme le rapportait S K ménagère de 28 ans *« après ma consultation de 40^{ième} jour du post partum, on m'a renvoyé à l'unité de planification familiale afin de bénéficier un rendez pour la contraception. La sage femme qui était présente dans cette unité ce jour-là, m'a dit de venir ultérieurement et 5 mois plus tard quand je me suis présentée, on m'a fait faire un test de grossesse qui était revenu positif. Voilà la raison pour laquelle j'ai contracté cette grossesse, sinon ce n'était pas mon choix».*

Parmi les **94%** qui ont bénéficié d'un rendez-vous, seulement **32%** ont honoré leurs rendez-vous et, **68%** ne l'ont pas respecté pour des raisons différentes ; **57%** des gestantes l'ont pas honoré parce que leurs conjoints n'étaient pas d'accord, **33%** parce qu'elles n'avaient pas vu leurs règles et

10% par oubli. Ainsi, à une gestante de 35 ans de dire « *moi personnellement j'étais pour la contraception parce que j'ai déjà 4 enfants vivants. Quand je suis venue pour la visite de 40 jours après mon opération on m'a dit d'aller prendre rendez-vous à l'unité de la planification familiale et là-bas on m'a dit de venir me planifier lorsque je verrai mes règles. Pendant 6 mois je n'ai pas vu mes règles et moi personnellement, je ne croyais pas qu'on pouvait tomber enceinte sans pour autant voir ses règles, donc je me suis dit que c'était plus nécessaire de me présenter à l'hôpital. C'est quand j'ai senti des malaises que je suis allée à l'hôpital pour me faire consulter. C'est ce jour-là qu'on m'a fait faire le test de grossesse et le médecin m'a dit que j'étais enceinte, vraiment ça m'a beaucoup surpris* ».

Par ailleurs l'implication du conjoint dans l'espacement des naissances serait bénéfique dans l'utilisation des méthodes contraceptives car dans la plupart des cas les hommes ne se sentent pas concernés par la planification des naissances.

Une gestante de 34 ans raconte à cet effet : « *les méthodes contraceptives j'en connais plusieurs comme la pilule, la pique, le brun d'allumette (jadelle), les préservatifs, ce qu'on place dans l'utérus(DIU). Le jour que je suis venue à mon rendez-vous pour la planification, on m'a proposé toutes ces méthodes-là. Moi j'avais opté pour les préservatifs, car j'ai appris par les gens que les autres méthodes comme les piques, les pilules et autres pouvaient entrainer la disparition des règles, les maux de ventre, la prise de poids etc. Mon mari n'était pas d'accord qu'on utilise les préservatifs, parce que selon lui c'est salissant et que ce n'est pas digne qu'un homme marié utilise des préservatifs avec sa femme, donc je n'avais plus le choix* »

Au niveau des formations sanitaires, les prestataires de services de planification familiale sont censés assurer des services complets à leur clientèle en leur fournissant le maximum d'informations utiles, concernant entre autres, l'éventail des différentes méthodes contraceptives existantes, leurs contraintes, leurs effets secondaires et leurs contre-indications éventuelles. Ces informations ont non seulement pour but d'aider les femmes à faire un choix éclairé, mais aussi de permettre de corriger et de combattre les préjugés concernant les méthodes de contraception.

Dans notre étude, nous constatons que nombreuses sont les femmes qui n'avaient d'information claires concernant différent méthodes contraceptives et les effets secondaires des produits contraceptifs.

11. Les raisons d'abandon de la méthode contraceptive.

Dans notre étude, 60% des gestantes qui avaient entamé la contraception l'ont abandonné pour désir d'enfant, 30% d'entre elle l'ont abandonné à cause de la suppression des règles et 10% pour douleur abdominale comme le rencontre M S gestante de 25 ans *« j'avais accepté de me planifier après mon opération, donc j'avais placé le brun d'allumette (jadelle). C'est suite à cela que j'ai commencé à avoir des maux de ventre, ensuite mes règles ne venaient plus, donc je suis allée l'enlever et je n'ai plus fait d'autre méthode, car je me suis dit que toutes ces méthodes étaient les mêmes »*.

Ces propos nous enseignent que la méconnaissance des effets secondaires des produits contraceptifs est un obstacle à la réussite de la planification familiale. Parlant d'information, elle est capitale dans toute circonstance de la vie, parce qu'elle permet de nous situer et de prendre des décisions. Ainsi une connaissance

antérieure sur les risques liés à la survenue d'une grossesse sur utérus cicatriciel à intervalle intergénésiq ue court pourrait-elle réduire sa prévalence ?

12. Information sur les risques liés à la survenue d'une grossesse sur utérus cicatriciel à un intervalle intergénésiq ue court.

Seulement **8%** de nos gestantes enquêtées avaient été informées sur les risques que court une femme lorsqu'elle contracte une grossesse sur utérus cicatriciel avec un intervalle intergénésiq ue court.

Ce résultat nous témoigne le déficit d'information sur les raisons de la contraception post césarienne. Cela peut être une des causes les plus importantes dans la survenue des grossesses rapprochées sur utérus cicatriciel.

Les femmes de façon générale pensent que, la seule raison de la planification familiale post natale, c'est l'espacement des naissances, donc pour une femme qui a perdu l'enfant issu de son dernier accouchement ne se sentira pas concerner par la planification comme l'affirmait K .K gestante de 35 ans « *c'est vrai, on m'a dit de venir me planifier parce que j'avais été opérée une fois par césarienne, mais on m'a jamais dit que je courais des risques si j'avais contracté une nouvelle grossesse très tôt après la césarienne.*

Je pensais qu'on se planifie juste pour espacer les naissances. Comme l'enfant issu de mon dernier accouchement a été un mort-né, donc je me suis dit que ce n'était plus nécessaire de me planifier ».

CONCLUSION

VII. CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous affirmons que la survenue d'une grossesse sur utérus cicatriciel à intervalle intergénésiq ue court est relativement fréquente dans notre service.

Elle survient généralement chez les femmes mariées qui n'ont pas assez d'enfants vivants et /ou celles qui ont perdu l'enfant issu de leur dernier accouchement.

La raison la plus évoquée a été le désir d'enfant ; mais le déficit d'information sur les raisons de la contraception post césarienne est aussi un facteur limitant l'utilisation des méthodes contraceptives.

Il est donc important que les prestataires reçoivent et transmettent des informations correctes concernant la planification en post césarienne et un recyclage périodique, pour être capable ensuite d'éduquer correctement les femmes qui fréquentent les centres de planification familiale vis-à-vis des raisons de la contraception post césarienne afin d'éviter les césariennes itératives.

RECOMMANDATIONS

VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, les recommandations s'adressent :

Au ministère de la santé et de l'hygiène publique.

- La formation continue des agents de la planification en vue d'améliorer leur capacité de transmettre les informations adéquates concernant les raisons de la contraception post césarienne.
- Promouvoir l'importance de la contraception post césarienne tout en évoquant les risques liés aux grossesses rapprochées sur un utérus cicatriciel.

Au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Faire instaurer dans le programme de l'enseignement supérieur, l'éducation sexuelle afin de combattre le complexe d'échanger sur la sexualité dans les couples, dans le but de planifier les naissances.

A la communauté

Faire impliquer davantage les conjoints dans l'espacement des naissances.

Aux prestataires :

- Informer les femmes sur les raisons de la contraception post césarienne et les risques liés à une grossesse rapprochée sur un utérus cicatriciel.
- Sensibiliser le couple à accepter la contraception immédiate après accouchement par césarienne.
- Discuter de la contraception avec le couple au moment des consultations prénatales tout en les expliquant son importance afin

qu'il se décide avant l'accouchement permettant ainsi une prise en charge rapide dans le post-partum.

REFERENCES

IX. REFERENCES

- 1 **EDSM-V** : Enquête démographique de la santé au Mali de 2012 à 2013
- 2 **Bujold E, Mehta SH, Gauthier RJ (2002)** Interdelivery interval and uterin rupture. Am J Obstet Gynecol 187:1199-202
- 3 **PAPIERNICK E., CABROL D., PONS J-C.**
Obstétrique (Médecine- Sciences) Flammarion, Chapitre 78 : 985-1004
et chapitre 92 : 1191- 1204 ;
- 4 **MORIN C, ROZENBERG P.**
Accouchement sur utérus cicatriciel. Traité d'obstétrique El Servier 2011, 441, 446.
- 5 **PANNIER E**
Césarienne Louis à dispensé à l'école de sage femme Paris 2010
- 4 **MARSADIER J, GOLDIER F, FORGEARD C.**
Césarienne. Traité d'Obstétrique Elsevier Masson 2011, 476-481
- 7 **Fréquence de césarienne au Mali citation recommandé M El-Khouny, T Gandaho, A Acur, B Keita, et L Nichols. Mars 2011.** Améliorer l'accès au service de santé maternelle qui sauve la vie : effets de l'exemption des frais liés à la césarienne au Mali : Bethesda, MD : Health systems 20/20 Abt association

8 Enquête nationale périnatale 2010 : texte complet

B. Blondel, M. Kermarrec. Enquête Nationale Périnatale 2010, Tableaux de chiffres. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mai 2011

9 Panorama de la santé 2013 - texte complet

Organisation de coopération et de développement économiques
- Panorama de la santé. 2013.

10 RUIZ-VELASCO V, BELTRAN F R, BEJARANO O T.

Accouchement après césarienne : morbinatalité.
J. Gynecol. Obstet. Reprod, 1973,2 :673-684
SEPOU A., YANGA M C., NGUEMBI E., NGBALER R., et col
Etude de 299 cas de césariennes pratiquées à l'hôpital
communautaire de Bangui(Centrafrrique). Méd' Af. Nre, 2000,
47(1) : 13-18

**11 Shipp TD, Zelop C, Cohen A, et al (2003) post cesarean
delivery fever and uterine rupture in a subsequent trial of labor. Obstet
Gynecol 101:136-9**

12 MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J

Précis d'obstétrique 6ème édition, Paris, 1995, vol 597 pages.

13 MAGNIN G.

Accouchement sur utérus cicatriciel. Pratique de
l'accouchement, Paris SIMEP, 2ème édition, 1992 :154-8

- 14 PERROYIN F, MARRETH, FIGNONA, BODY G, LANSAC. j**
Utérus cicatriciel: Révision utérine systématique de la cicatrice
de césarienne après accouchement par voie vaginal est-elle utile
J Gynecol Obstet Biol reprod 1999; 28: 253-262
- 15 MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J.**
Précis d'obstétrique, 5ème édition Revue et augmentée, edition
Masson Paris, Milan, Barcelone, Mexico 1989, vol
- 16 RUDIGOZ RC, CHARDON C, GAUCHERAND P, AUDRA,
CLEMENT HJ, CAFFIN JP, CORTEC, PUTET G, LECLERCQ O.**
La césarienne en 1988
REV Fr. Gynecol Obstet ; 85 ; 2 : 105-120
- 17 RACINET C, BOUZID F.**
Césariennes In : Thoulon JM., Pucch., Boog g. Obstétrique.
Paris : Edition Ellipses ; Aupelf/Uref ; 1995 : 821-34
- 18 KRISHNAMURTYHYS, FAIRLIE F, CAMERON A, WALKER J,
MACKENZI J.**
The role of postnatal X-ray pelvimetry after cesarean section in
the management of subsequent delivery. Br J obstet Gynecol;
1991; 98: 716-6
- 19 ROZENBERG P, GOFFINETF, PHILLIPE HJ, NISSAND L.**
Mesure échographique de l'épaisseur du segment inférieur
pour évaluer le risque de rupture utérine. J Gynecol Obstet Biol
Reprod 1997 ;26 :517-9

ANNEXES

X. ANNEXES

Fiche d'enquête

I. Identification de la personne

DATE : le ___/___/20___

Nom et prénom : _____

Q1) N°:/ __ __ /

Q2) âge : / __ __ /

Q3) adresse : _____

Q4) profession : 1-ménagère(...) 2-vendeuse(...) 3-fonctionnaire(...)

4-aide-ménagère(...) 5-etudiante –6 aucun(...)

Q5) ethnie : _____

Q6) religion : _____

II. Les caractères socio économiques

Q7) niveau d'instruction :

Primaire (....) secondaire (....) supérieur (....) école coranique (....) non instruite (....)

Q8) statu matrimonial : Marié (...) célibataire (...)

Q9) régime matrimonial : monogamie (...) polygamie (...)

Q10) ATCD obstétricales : gestité (...) parité (...) vivant (...) décédé (...)

AV spontané(...) AV provoqué (...)

Q11) l'enfant issu du dernier accouchement : vivant(...) décédé(...)

Q12) Intervalle inter génésique : 1 à 4 mois(...) 5 à 11 mois(...)

Q13) ATCD gynécologiques :

Cycle régulier (...) cycle irrégulier (...) leucorrhée (...) dysménorrhée(...)
dysurie(...)

Q14) ATCD de contraception : oui(...) non(...)

Q15) ATCD médicaux :HTA(...) diabète (...) asthme (...) drépanocytose
(...) autres (...)

Q16) ATCD chirurgicaux:

Césarienne (...) myomectomie avec ouverture de la cavité utérine (...)
myomectomie sans ouverture de la cavité utérine (...) kystectomie (...)
salpingectomie (...) laparotomie(...)

Q17) nombres de cicatrice utérine : 1(...) 2à3 (...) 3 et plus (...)

III. Les raisons de grossesse actuelle

Q18) date, lieu et indication de la dernière intervention :

Q19) avez-vous été informé du motif de la dernière intervention ? Oui (...)
non (...)

Q20) A quel moment vous avez été informé du motif d'intervention lors de
votre dernière intervention ?avant l'intervention (...) pendant l'intervention
(...) après l'intervention (...) aucun moment (...)

Q21) Avez-vous reçu des conseils des agents de santé à votre sortie de
l'hôpital concernant votre état de santé actuel ? Oui(...) non(...)

Q22) Quels sont les conseils que vous avez reçus des agents de santé à la
sortie de l'hôpital planning familial(...) avantage de l'IIG supérieur à 2
ans(...) allaitement maternel(...) calendrier vaccinal(...) autres(...)

Q23) Connaissez-vous des méthodes contraceptives ? Oui(...) non(...)

Q24) Quelles sont les méthodes contraceptives connaissiez-vous ?

Implant(...) DIU(...) injectable(...) pilule(...) condom(...) autres(...)

Q25) Qui vous a informé de la pratique du planning familiale?

Télévision(...) radio(...) école(...) causerie débat (...)

Q26) Vous avez été informée de la visite médicale à 45 jours post-césarienne ? Oui(...) non(...)

Q27) Quelles ont été les difficultés rencontrées pour honorer ce rendez-vous ?

Longue attente(...) mauvais accueil(...) contrainte horaire(...) non accessibilité financière(...) non accessibilité géographique(...) autres à préciser (...)

Q28) Vous avez été informé sur les risques liés à une grossesse sur utérus cicatriciel ? Oui(...) non(...)

Q29) Quels sont les risques liés à l'utérus fraîchement cicatriciel ?
déhiscence utérine pendant grossesse(...) déhiscence utérine pendant l'accouchement(...) avortement tardif(...) autres à préciser (...) aucun (...)

Q30) Quelles ont été les méthodes contraceptives qui vous ont été proposées ?

Implant(...) DIU(...) injectable(...) pilule(...) condom(...) autres à préciser(...) aucune(...)

Q31) Vous avez été informé sur les raisons de cette contraception ?
Oui(...) non(...)

Q32) Quelles sont les raisons qui ont été évoquées concernant la contraception ?
Espacement des naissances(...) épanouissement de la mère(...) la cicatrice utérine(...) aucune(...)

Q33) Avez-vous opté pour une méthode contraceptive ?

1-oui(...) 2-non(...)

Q34) Quelle méthode contraceptive aviez-vous choisie ?

Implant(...) DIU(...) injectable(...) pilule(...) condom(...) autres à préciser (...)
(...) aucun (...)

Q35) Pourquoi vous n'avez pas opté pour la contraception ?
Désir d'enfant(...) religion(...) absence du conjoint(...) peur d'être
stérile(...) autre à préciser (...) aucune(...)

Q36) Avez-vous bénéficié d'un rendez-vous pour une contraception
éventuelle ? Oui(...) non(...)

Q37) Avez-vous vus vos menstrues avant la date du rendez-vous ? Oui(...) non(...)

Q38) La date de votre dernière règle(DDR) ? Connue(...) inconnue(...)

Si DDR connue précisée la date : le ___/___/20__

Q39) Avez-vous honoré le rendez-vous pour la contraception ? 1-oui(...) 2-
non(...)

Q40) Quelles sont les raisons du non-respect du rendez-vous pour la
contraception ?

refus du conjoint(...) oublis(...) la non survenue des menstrues(...) aucune(...)

Q41) Quelles sont les raisons de l'arrêt cette contraception après avoir
entamé ?

désir d'enfant(...) arrêt des règles(...) la non disponibilité(...) intolérance à
la méthode(...) refus du conjoint(...) erreur dans le mode d'emploi(...) oublis(...) aucune (...)

Q42) comment la grossesse actuelle fut diagnostiquée ?
Lors de la visite médicale du post partum(...) consultation médicale
volontaire(...)

Q43) Dans quelle structure de santé la grossesse actuelle a été
diagnostiquée ?

CSRef(...) CSCOM(...) cabinet médicale(...) clinique(...)

Q44) Qualification de l'agent de santé responsable du diagnostic de la grossesse actuelle: médecin(...) sage-femme(...) infirmière obstétricienne(IO) (...) interne(...)

Q45) Avez-vous bénéficié d'une échographie précoce ? Oui(...) non(...)

Si oui ; résultat_-----

Q46) Quel est l'agent de santé assurant vos consultation prénatale ?

Médecin(...) sage-femme(...) interne(...) IO(...) autres(...)

Q47) Date gestationnelle d'inclusion : 5à13 SA(...) 14 à 23 SA(...) 24 à 37 SA Venue en travail(...)

Q48) une voie d'accouchement vous avez été proposée ? Oui(...) non(...)

Q49) Quelle est la voie d'accouchement qui a été proposé ? Voie basse(...) césarienne prophylactique (...) aucun (...)

Q50) Quelle a été la voie d'accouchement ? 1-voie basse(...) 2-césarienne prophylactique(...) 3-césarienne d'urgence(...)

Q51) Quelles ont été raisons de l'accouchement par voie basse ou césarienne d'urgence chez la femme qui devrait bénéficier d'une césarienne prophylactique ?

peur d'être Césarisé(...) pas fait de CPN(...) travail d'accouchement avant le rendez-vous(...) pas été adressée dans un centre spécialisé avant le travail d'accouchement(...) pas été informé de la voie d'accouchement(...) aucun (...)

Fiche Signalétique

Nom : KOROMA

Prénom : Chaka

Titre : intervalle intergénésiq ue court sur utérus cicatriciel : les causes au centre de santé de référence de commune du district de Bamako.

Année : 2013

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : santé de reproduction.

Définition : un intervalle intergénésiq ue c'est le temps écoulé entre la fin d'une grossesse et le début d'une nouvelle grossesse.

Méthodologie : nous avons réalisé une étude prospective descriptive portant sur les causes de l'intervalle intergénésiq ue court sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence du district de Bamako du 1^{er} janvier au 31 octobre 2013.

Résultats : durant la période d'étude nous avons enregistré 60 gestantes porteuses de grossesse sur utérus cicatriciel avec un intervalle intergénésiq ue inférieur à un an sur un ensemble de 300 cas avec utérus cicatriciels soit une fréquence de 20%. Nous avons 66,67% pour des opinions en faveur du désir d'enfant ; 11,11% par opposition du conjoint ; 11,11% pour cause religieuse ; 7,41% pour des raisons de santé et 3,7% pour peur des effets secondaires des produits contraceptifs.

Conclusion : l'intervalle intergénésiq ue court sur utérus cicatriciel est fréquent dans notre service. Le désir d'enfant a été la cause la plus évoquée. Il faut reconnaître que le déficit d'information sur les raisons du planning familial post césarienne en est aussi une cause.

Mot clés : intervalle intergénésiq ue, utérus cicatriciel

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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !