

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

République du Mali

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

N°.....

THÈSE

**PRONOSTIC MATERNEL ET FŒTAL DES
ACCOUCHEMENTS SUR UTERUS CICATRICIEL
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE II DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 06 /12 /2025 devant la Faculté de Médecine et
d'Odonto-Stomatologie.

Par **M. SIAKA SIDIBE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président : M. ALASSANE TRAORE (Maitre de conférences)

Membres : M. SOUMANA O TRAORÉ (Maitre de conférences agrégé)

M. SIMA MAMADOU (Maitre de conférences)

Directeur : M. KANTE IBRAHIM (Maitre de conférences agrégé)

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je dédie cette thèse à :

-Toutes les mères, un hommage particulier à celles qui ont perdues la vie en donnant naissance.

-Mes défunts (grand père **YAYA SIDIBÉ**, grande mère **KARIA DIAKITÉ**, tonton **NOUHOUM SIDIBÉ**, tante **SATA Y SIDIBÉ**) : qui n'avaient jamais cessés de m'encourager à aller si loin dans les études. Ils m'ont inculqué le goût du travail, de la rigueur et de l'ambition, ils me disaient, ça sera la dernière fois : << consacre toi à ton travail, ne t'inquiètes pas pour nous, tu seras la fierté de tes parents >>.

Hélas rien ne peut entraver la volonté de DIEU.

J'ai voulu le mener à terme de vos vivant pour que vous soyez fier de moi au ciel.

Merci à vous, merci pour tout. Que vos âmes reposent en paix. Amen !!!!!

-Mes deux parents (**SALIF SIDIBÉ** et **RAMATA DOUMBIA**) :

Chers parents, aucune expression orale ou écrite ne saurait déterminer mon niveau de reconnaissance envers vous pour la bonne éducation de votre part qui est ce meilleur des héritages à préparer pour la descendance. Vous êtes des exemples de parents à suivre. Que le tout puissant vous donne une longue vie et bonne santé.

Amour infini et longue vie à vous.

-

REMERCIEMENTS

Gloire et honneur au Dieu omniscient, omnipotent et omniprésent.

-Mon oncle titulaire (M. HINZAN SIDIBÉ PDG COMPAGNIE SIDIBÉ TRANSPORT):

Infatigable, c'est vous qui m'aviez permis d'aller jusqu'au bout, que ça soit côté morale ou moyens financiers. Qu'Allah vous bénisse, vous accorde sa grâce et miséricorde et vous donne une longue vie, une bonne santé dans la richesse avec beaucoup d'enfants. Amen ! Merci pour tout.

-Mes tontons : OUMAR, SEYDOU, MAHAMADOU, ADAMA, BOUBACAR, MOUSSA, AMADOU.

-Mes tantes : MAÏMOUNA, DJENEBOU, MAFANTA, HABIBA, ADIARA, NAMINATA, KARIA, SIRA, SALIMATA, HAWA

-Grandes Mères : NOUTENIN SIDIBÉ, DOUSSOU DIAKITÉ, SALIMATA SYLLA, FANTA YAYE SIDIBÉ.

-Tous mes frères, sœurs, cousins, cousines.

-Mes Maîtres formateurs : **Dr OUMAROU TOURE, Dr SAMATE YEKEGNOU, Dr MAMADOU TROARE, Dr FATOUMATA KANE**, Pr Seydou Z Dao, Pr Bakary A Traoré, Dr Etienne Togo, Dr Sakoba Konaté,

-Mon pays le MALI :

Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te couvrir...Amen !!!!

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Alassane TRAORE

- **Gynécologue obstétricien,**
- **Chef du service de gynécologie de l'hôpital du Mali**
- **Maitre de conférences à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**
- **Praticien hospitalier à l'Hôpital du Mali,**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre esprit d'ouverture, votre souci de transmettre vos immenses connaissances ont fait de vous un exemple à suivre. Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand praticien. Veuillez, cher maître, trouver ici l'expression de notre reconnaissance et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- **Professeur agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Praticien Hospitalier au CSREF CV**
- **Détenteur d'une Attestation de Reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako**
- **Certifié en programme GESTA International (PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGOC)**
- **Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako**

Cher Maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre désir de vouloir toujours l'excellence et votre rigueur dans le travail font de vous un modèle admiré de tous. Que ce travail soit le témoin de notre sincère reconnaissance et de notre profonde estime.

Professeur SIMA Mamadou

- Maître de conférences agrégé en Gynécologie-obstétrique à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie du Mali,
- Chargé de cours à l'institut national de formation en science de la santé (INFSS) et à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU du Point G.

Cher Maître,

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Votre disponibilité et votre modestie nous ont beaucoup marqué ainsi que votre sens du travail bien fait.

Recevez ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Ibrahim KANTE

- **Gynécologue-Obstétricien**
- **Maitre de conférences de gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU du point G**
- **Ancien président de l'antenne du groupe inter africain d'étude, de recherche et d'applicabilité sur la fertilité du Mali (GIERAF)**

Cher Maître

C'est un honneur pour nous de vous avoir dans ce jury. Vos qualités d'homme de science et votre enseignement nous ont impressionnés ; votre simplicité et votre disponibilité ont largement amélioré ce travail. Agréer cher maître notre sincère remerciement et profonde reconnaissance.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

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

ASACO : Associations de Santé Communautaires

ATCD : Antécédent

AVB : Accouchement par Voie basse

BDCF : Bruit Du Cœur Fœtal

BGR : Bassin Généralement Rétréci.

BTP : Bâtiment Travaux Publics

CIVD : Coagulation Intra- Vasculaire Disséminée.

CPN : Consultation Périnatale.

CSCOM : Centre de Santé Communautaire.

Csréf CII : Centre de Santé de Référence Commune II.

DDR : Date des Dernières Règles.

DFP : Disproportion Fœto–Pelvienne.

DTC : Directeur Technique du Centre.

HMG : Hôpital Mali Gavardo

HRP : Hématome Rétro Placentaire.

HTA : Hypertension Artérielle.

HU : Hauteur Utérine

IEC : Information – Education – Communication

IIG : Intervalle Inter Génésique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LRT : Ligature Résection des Trompes

MAF : Mouvement Actif du Fœtus

MFIU : Mort Fœtale In Utéro

NNé : Nouveau-Né

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OP : Occipito-Pubien

OS : Occipito-Sacré

PDE : Poche Des Eaux

PP : Placenta Prævia

RPM : Rupture Prématurée des Membranes

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAGO : Société Africaine de Gynécologie Obstétrique

SAA : Soins Après Avortement

SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie- Obstétrique

SOCHIMA : Société de chirurgie du Mali

SPSS: Statistical package for the social science

SFA : Souffrance Fœtale Aiguë

SP : Sacro-Pubien

TA : Tension Artérielle

UC: utérus cicatriciel

WHO: World Health Organisation.

% : Pourcentage

Liste des tableaux

Tableau I : Les dimension utérine en fonction de l'âge de la grossesse.....	7
Tableau II : Les patientes selon la tranche d'âge.....	46
Tableau III : Les patientes selon la profession	47
Tableau IV : Les patientes selon le niveau d'étude	48
Tableau V : Les patientes selon les antécédents médicaux	48
Tableau VI : Les patientes selon le motif d'admission.....	49
Tableau VII : Les patientes selon la gestité.....	49
Tableau VIII : Les patientes selon la parité.....	50
Tableau IX : Les patients selon le nombre de CPN.....	51
Tableau X : Les patientes selon le lieu de CPN.....	51
Tableau XI : Les patientes selon l'agent de CPN	52
Tableau XII : Les patientes selon le terme gestationnel	52
Tableau XIII : Les patientes selon la hauteur utérine	53
Tableau XIV : Le BDCF des nouveau-nés	54
Tableau XV : Les patients selon la dilation cervicale.....	54
Tableau XVI : Les patientes selon l'état du bassin.....	55
Tableau XVII : Les patientes selon la voie d'accouchement.....	55
Tableau XVIII : Les patientes selon l'indication de la césarienne antérieure	56
Tableau XIX : Les patientes selon l'état des nouveau-nés	57
Tableau XX : Les patientes selon le poids de naissance.....	57
Tableau XXI : Les patientes selon le sexe des nouveau-nés	58
Tableau XXII : Les nouveau-né selon le score d'Apgar à la première minute ...	58
Tableau XXIII: Les nouveau-né selon le score d'Apgar à la 5 ^{-ème} minute	59

Liste des figures

Figure 1 : [319 in 48] Les trois segments de l'utérus gravide	9
Figure 2 : [321 in 48] : Utérus gravide de 8 mois environ.....	9
Figure 3 : [324 en 48] Segment inférieur (coupe sagittale)	10
Figure 4 : Disposition circulaire des faisceaux musculaires à la partie moyenne du corps et du fond utérin (A).....	15
Figure 5 : Structure du myomètre (De TOURRIS et KAMINA)	15
Figure 6 : Hystérographie [37].....	24
Figure 7 : Conduite de l'épreuve utérine [64].....	36
Figure 8 : Modalités d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel [64].	36

Table de matière

I.	INTRODUCTION -----	1
II.	Objectifs -----	5
1.	Objectif général -----	5
2.	Objectifs spécifiques -----	5
III.	GENERALITE -----	6
1.	Définition -----	6
2.	Rappel anatomique [13]: -----	7
3.	Epidémiologie -----	16
4.	Etude de la cicatrice utérine :-----	20
5.	Accouchement sur utérus cicatriciel -----	24
IV.	METHODOLOGIE -----	38
<u>1.</u>	Cadre d'étude : -----	38
2.	Type et période d'étude :-----	39
4.	Echantillonnage:-----	40
6.	Supports des données -----	41
7.	Saisie et analyse des données -----	41
8.	Définitions opératoires :-----	42
V.	RESULTATS :-----	46
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION -----	61
VII.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS-----	67
	REFERENCES :-----	70

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

L'utérus cicatriciel est un utérus porteur d'une ou de plusieurs cicatrices à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme [1]. La cause essentielle d'utérus cicatriciel est d'accouchement par césarienne [2].

La survenue d'une grossesse sur un utérus cicatriciel se caractérise par son incidence élevée, ses complications multiples, son taux encore significativement important de morbidité et de mortalité materno-fœtales [2].

Les deux dernières décennies ont coïncidé avec une augmentation rapide du taux de césarienne dans la plupart des pays ; y compris ceux en développement. Ainsi l'obstétricien est plus en plus confronté aux problèmes de l'accouchement sur utérus cicatriciel [3].

Parmi les complications on peut noter les dystocies dynamiques, les hémorragies de la délivrance par la présence d'un placenta prævia ou accréta, la déhiscence de la cicatrice utérine, la souffrance fœtale, la mort fœtale et le décès maternel [4].

L'essai d'accouchement par voie basse sur un 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 [5].

L'évolution de l'obstétrique a permis d'aboutir à une conduite actuellement beaucoup plus nuancée : l'accouchement par les voies naturelles après une césarienne peut être proposé sans toutefois aggraver le pronostic de la mère ou de son enfant [5].

Cependant certaines croient ne plus pouvoir procréer parce qu'elles se sentent diminuées, handicapées ; d'autres par contre ont plutôt peur d'en avoir à nouveau, se souvenant « du terrible épisode » [5].

Cette anxiété vécue pendant tout le temps de la grossesse souvent ne s'estompera qu'après un accouchement sans complication, que celui-ci soit par voie basse ou haute [5].

La femme aura alors confiance et assumera ses prochaines grossesses tout en suivant les conseils de l'obstétricien [5].

Les études s'accordent actuellement pour reconnaître les bénéfices de l'épreuve d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel en termes d'économies 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 [6].

La grossesse et l'accouchement sur un utérus cicatriciel sont donc considérés à haut risque surtout dans les pays en voie de développement où la topographie et le monitoring fœtal sont rares, les radiopelvimétries font défaut et ne sont pas disponibles dans toutes les maternités [6].

Les indications de la cicatrice utérine, le type d'incision, les suites post opératoires sont le plus souvent inconnus [7].

L'utérus cicatriciel est un facteur de mortalité maternelle. Dans les pays développés cette mortalité est surtout due à l'hémorragie de la délivrance tandis que dans le tiers monde, en plus de l'hémorragie de la délivrance elle incombe aussi la rupture utérine [8].

L'accouchement après césarienne est une éventualité de plus en plus fréquente en raison de l'augmentation des taux de césarienne [9].

L'existence d'une cicatrice utérine a aussi un impact psychologique non négligeable chez ces femmes [10].

L’aphorisme de CRAGNIN, datant de 1916 « césarienne une fois, césarienne toujours » est certes remis en cause depuis longtemps mais la césarienne itérative de principe pour utérus cicatriciel reste encore fréquente, surtout aux Etats unis [11]. L’incidence de la grossesse sur un utérus cicatriciel n’a cessé de s’accroître dans le monde ces dernières années en raison de l’augmentation du taux de césarienne et de développement de la chirurgie gynécologique (myomectomie). En Afrique et plus particulièrement au Mali, cette incidence élevée serait surtout en rapport avec les dystocies osseuses chez les adolescentes (bassin immature) le plus souvent sujettes à des mariages précoces ; mais aussi aux progrès de l’obstétrique et de la gynécologie permettant l’accès facile à la césarienne (gratuité) [11].

Au Centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, l'accouchement par voie naturelle chez les parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel est privilégié, et ceci après avoir éliminé toute cause permanente de césarienne. La césarienne est systématique après deux césariennes antérieures. Face à ces constats nous avons initié ce travail afin de faire le point sur l’accouchement sur utérus cicatriciels dans notre service :

OBJECTIFS

II. Objectifs

1. Objectif général

Étudier le pronostic materno-fœtale des accouchements sur utérus cicatriciel au Service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune II de Bamako.

2. Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer la fréquence de l'accouchement sur utérus unicusidriciel ;
- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes ayant un antécédent d'une césarienne;
- ✓ Déterminer le mode d'accouchement des parturientes ayant un utérus unicusidriciel.
- ✓ Evaluer le pronostic fœto-maternel de l'accouchement sur uterus unicusidriciel

III. GENERALITE

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 [11].

Cette définition exclut les cicatrices uniquement séreuses ou muqueuses comme on peut le rencontrer lors de certaines myomectomies pour myomes sous séreux, de cure de synéchies ou de résection de polypes per-hystérocopie sans effraction du myomètre [11].

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) [13].

-La césarienne est un acte chirurgical pratiqué sur l'utérus, qui consiste à l'extraction du fœtus par la voie haute ; c'est aussi un accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus [14].

Elle permet de sauver la vie de la mère et du nouveau-né. Cet acte utile n'est justifié que si son indication est bien posée [15,16].

La fréquence de la césarienne ne cesse d'augmenter ces dernières décennies [17], mais cette augmentation diffère énormément d'un pays à un autre et dans un même milieu, d'une institution médicale à une autre [17,18].

L'organisation mondiale de santé (OMS) recommande un taux de 5 à 15% comme taux optimum dans la population générale [19,20].

Les accouchements sur utérus cicatriciels ont représenté 5,92 % de l'ensemble des accouchements au Centre Hospitalier Universitaire Sanou Souro de Bobo Dioulasso du 1er août 2006 au 1er août 2007 et a concerné 252 parturientes ayant

un utérus cicatriciel parmi 4256 accouchements déroulés pendant la même période [20].

En France, le taux de césarienne était de 20,8% en 2010 contre 15,5% en 1995 [21], et 25% en 2023 [22].

En Guinée, le taux de césarienne à l'hôpital national Ignace-Deen a considérablement augmenté depuis une vingtaine d'années dans la grande majorité des pays et générant de ce fait une proportion importante.

Au Bénin le taux de césarienne a augmenté, passant de 3,26% en 1996 à 5,27% en 2017/2018 [23]. Aux Etats-Unis le taux d'accouchement par césarienne est de 35%, en France il est de 20%. L'utérus cicatriciel est un utérus porteur d'une ou de plusieurs cicatrices à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme [24].

Certaines lésions du segment inférieur, par propagation d'une déchirure occulte du col, ainsi que certaines ruptures utérines élargissent encore le chapitre des utérus cicatriciel [25].

On parle d'un utérus :

- Uni cicatriciel : Lorsque l'utérus porte une seule cicatrice.
- Bi cicatriciel : Lorsque l'utérus porte deux cicatrices.
- Tri cicatriciel : Lorsque l'utérus porte trois cicatrices [26].

2. Rappel anatomique [13]:

1.1. Anatomie macroscopique de l'utérus gravide

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.

Tableau I : Les dimension utérine en fonction de l'âge de la grossesse

	Dimension	
	Hauteur	Largeur
Utérus non gravide	6 à 8 cm	4 à 5 cm
3 ^{ème} mois	13 cm	10 cm
4 ^{ème} mois	15 cm	12 cm
5 ^{ème} mois	20 cm	14 cm
6 ^{ème} mois	24 cm	16 cm
7 ^{ème} mois	28 cm	18 cm
8 ^{ème} mois	30 cm	20 cm
A terme	32 cm	22 cm

Anatomiquement, l'utérus gravide comprend trois parties :

- le corps
- l'isthme qui devient le segment inférieur au 3^{ème} trimestre de la grossesse
- le col.

1.1.1. 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.

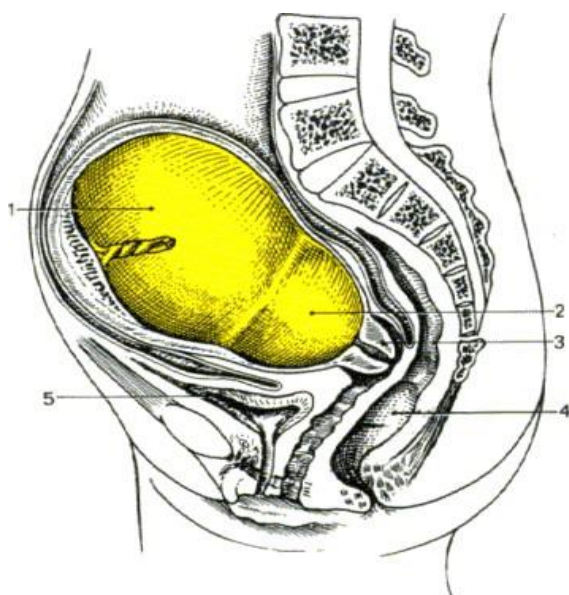


Figure 1 : [319 in 48] Les trois segments de l'utérus gravide

1 : Corps

4 : Rectum

3 : Col et rectum

2 : Segment inférieur

5 : Vessie

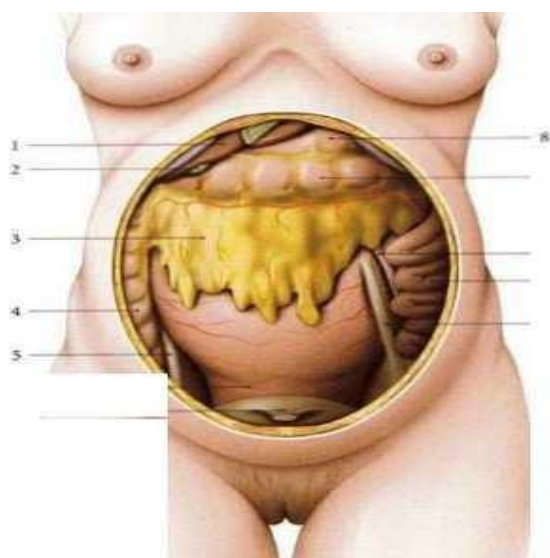


Figure 2 : [321 in 48] : Utérus gravide de 8 mois environ

Rapports antérieurs :

1. estomac – 2. Colon transverse – 3. Rebord costal – 4. Grand épiploon – 5.

Trompe gauche – 6. Ligament rond – 7. Anse sigmoïde – 8. Segment inférieur –

9. Le foie – 10. Vésicule biliaire – 11. Caecum.

1.1.2. Les segment inférieur

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

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

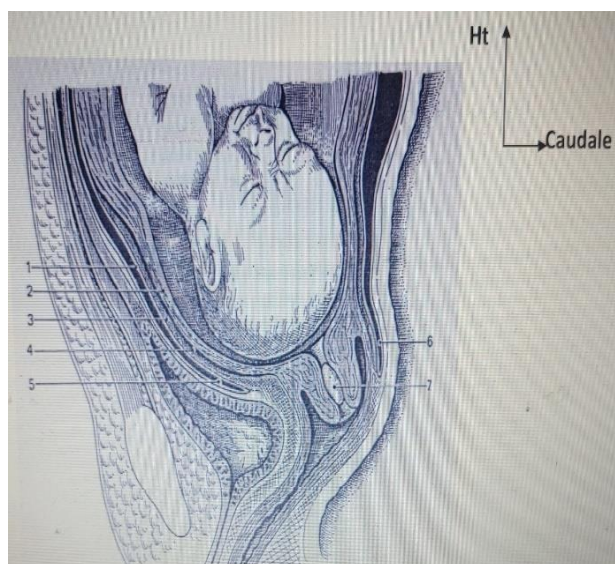


Figure 3 : [324 en 48] Segment inférieur (coupe sagittale)

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

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

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

Du point de vue physiologique, c'est un organe passif se laissant distendre qui achemine les contractions du corps vers le col.

Il épouse la présentation dans l'eutocie en s'amincissant progressivement ; tandis que dans la dystocie il reste flasque, épais et distant de la présentation.

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

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

1.1.3. Le col de l'utérus :

Le col se modifie peu pendant la grossesse. 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.

Quelques jours avant le début du travail surviennent 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.

1.2. Vascularisation de l'utérus gravide

1.2.1. Les artères

Branches de l'artère iliaque interne, les artères utérines 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 vascularisé 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.

1.2.2. Les veines :

Elles sont considérablement développées et forment les gros troncs veineux latéro-utérins.

Ceux-ci collectent les branches corporeales réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche plexiforme.

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

1.2.3. Les lymphatiques :

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

1.3. Innervation :

Deux systèmes sont en jeu :

1.3.1. 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.

1.3.2. Le système extrinsèque :

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

- Des racines lombaires, sympathiques ou nerfs splanchniques pelviens qui s'unissent aux centres médullaires de T11 à T12.
- Des racines sacrées, de nature parasympathique.

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

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

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

1.4. Anatomie microscopique :

1.4.1. Le corps utérin

1.4.1.1. 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.

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.

A

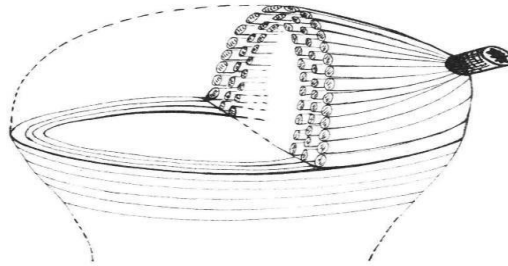
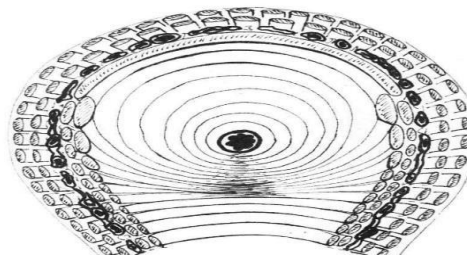


FIG. 52. — Disposition circulaire des faisceaux musculaires à la partie moyenne du corps et du fond utérin.



B

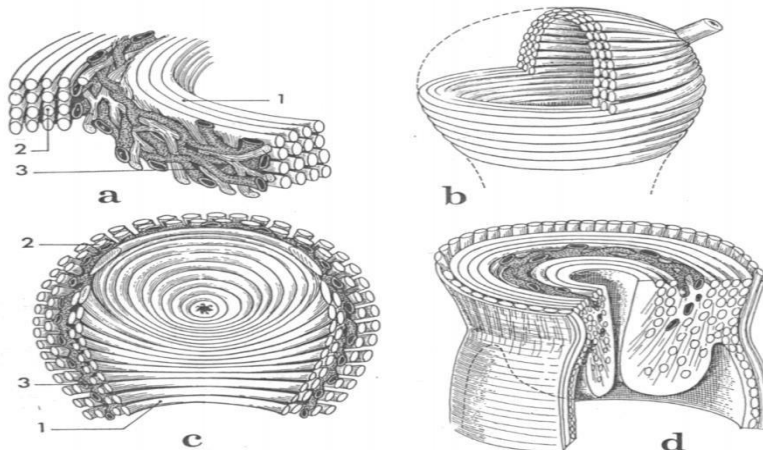


Figure 4 : Disposition circulaire des faisceaux musculaires à la partie moyenne du corps et du fond utérin (A)

Disposition concentrique des faisceaux musculaire autour de l'orifice tubaire vu de l'intérieur (B)

Figure 5 : Structure du myomètre (De TOURRIS et KAMINA)

a . Structure schématique du corps b. Vue externe c. vue interne d. col utérin

_1. Couche sous-muqueuse _2. Couche supra-vasculaire _3. Couche vasculaire intermédiaire et faisceaux d'association

1.4.2. Segment inferieur

1.4.2.1. 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.

1.4.3. Le col utérin

1.4.3.1. 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.

3. Epidémiologie

3.1. Fréquence :

La fréquence de l'utérus cicatriciel est variable selon les pays et dépend des Habitudes obstétricales. Elle est élevée lorsque le taux de césarienne est Élevé et, celui-ci ayant augmenté dans la majorité des pays depuis les années 1970, la fréquence de l'utérus cicatriciel a augmenté parallèlement [27].

Les taux les plus importants sont rapportés dans les pays industrialisés et particulièrement aux Etats-Unis, où ils seraient actuellement entre 12 et 14 % [28]. L'évolution sur 40 ans de la fréquence de l'utérus cicatriciel à l'hôpital de la croix rouge est passé de 0,8 % en 1960 à 8,7 % en l'an 2000, et ils sont responsables de 23,4 % des césariennes en 2000 contre 10 % en 1960 [29].

3.2. Causes

Il faut distinguer deux types de cicatrices utérines : celles d'origine obstétricale et celles d'origine gynécologique.

3.2.1. Causes obstétricales [30]:

Ce sont les plus fréquentes et elles peuvent être secondaires à une Césarienne, accident au cours du travail, ou une perforation lors d'un curetage Obstétrical.

- **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 2eme trimestre qui, elle aussi, est corporéale.

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

Toutefois dans l'hystérotomie segmentaire, la qualité de la cicatrice tient pour

beaucoup à la bonne exécution de la suture. En raison de la disposition Lamellaire des plans du segment inférieur, surtout dans l'incision transversale, On doit prendre le soin de charger avec l'aiguille, de chaque cote, la totalité de L'épaisseur des tranches. Un operateur insuffisamment entraine 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 [13].

- **Accidents au cours du travail :** Ruptures utériennes

Elles sont soit spontanées soit provoquées.

- Ruptures spontanées
- Rupture provoquées
- Curetages :

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

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 fragilise [30].

3.2.2. Causes 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 : [31]

Pour beaucoup la non ouverture de la cavité est un critère de solidité.

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

La seule notion de myomectomie est insuffisante et on se doit de vérifier sur le compte-rendu opératoire : le siège, la taille, le nombre des myomes, ainsi

Que le nombre de cicatrices nécessaire à leur extirpation.

Enfin on tiendra compte de la complexité de l'hystéro-plastie secondaire qui a été nécessaire.

- Hystéro-plasties :

- Intervention de Strass man (1907) : Indiquée dans les malformations Utérines de type utérus bicornes notamment celles uni-cervicales ; 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 a un cerclage du col utérin en cas d'antécédent d'accident suffit le plus souvent à obtenir la naissance vivante désirée.

- Intervention de Bret-Palmer (France 1959) encore appelée intervention de Tompkins (USA 1962) :

Il s'agit d'une technique abdominale très ingénieuse de section de la cloison sans résection du myomètre ni même résection de l'étoffe de la cloison.

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

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

La nécessité d'une laparotomie, confrontée à l'existence d'un taux de naissances vivantes sans traitement ou sous couvert d'un simple cerclage de l'ordre de 50 %,

faisaient cependant reculer l'indication opératoire après la survenue de 2 à 3 avortements caractéristiques [32].

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

- Réimplantations tubaires et Salpingectomies

Sont très souvent causes de rupture utérine précoce survenant la plupart du temps pendant le 2eme 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.

4. Etude de la cicatrice utérine :

4.1. Etude histologique :

Le muscle utérin est formé de trois plans de fibres musculaires lisses :

- Un plan interne, le paléo-myomètre, constitué de fibres longitudinales internes et de fibres circulaires périphériques ;
- Un plan moyen, le néo-myomètre, le plus épais, richement vascularisé et constitué de fibres musculaires à disposition plexiforme ;
- Un plan externe, le péri- ou para myomètre, mince, constitué de fibres longitudinales.

Ces fibres musculaires sont englobées dans du tissu conjonctif fait de fibres de collagène, de réticuline et d'élastine. Elles sont organisées au sein d'une substance fondamentale. Chaque fibre musculaire est composée de myofibrilles. Chaque cellule musculaire contient des filaments épais de myosine et des filaments fins d'actine et de tropomyosine. C'est l'accrochage des têtes des filaments de

myosine, sur les filaments d'actine, qui permet un déplacement et la contraction musculaire.

Cette activité est sous la dépendance du calcium intracellulaire.

Le couplage entre les différentes cellules se fait par l'intermédiaire des gap-jonctions, qui sont des canaux intercellulaires.

Cette structure histologique de la fibre musculaire lisse permet son allongement et son raccourcissement ; elle donne au muscle utérin ses propriétés d'extensibilité et de contractilité.

La section de ces fibres conduit à des phénomènes de cicatrisation tissulaire, et entraîne une prolifération de tissu conjonctif avec infiltration fibroblastique et dépôts de fibrine.

La cicatrice est constituée de tissu fibreux, parcouru de néovaisseaux et de faisceaux musculaires lisses, courts, et en quantité variable, définissant ainsi sa qualité.

Avec le nombre croissant de cicatrices, la proportion de fibrose augmente. Lorsque les phénomènes d'inflammation, de myélinisation, de prolifération fibroblastique et de fragmentation musculaire sont importants, la cicatrice est de mauvaise qualité.

La solidité de la cicatrice peut être comparable, voire supérieure, à celle du muscle utérin, mais, quelle que soit sa qualité, elle ne présente pas les mêmes propriétés d'extensibilité et de contractilité en raison de son appauvrissement majeur en fibres musculaires.

4.2. Physiopathologie :

La présence d'une cicatrice entraîne une diminution des qualités d'extensibilité et de contractilité des fibres musculaires intactes.

L'incision représente une zone de fragilisation, sensible aux hypercinésies de fréquence ou d'intensité.

L'examen histologique après rupture révèle souvent des lésions athéromateuses, sclérosantes et de dégénérescence graisseuse ou hyaline.

4.3. Etude clinique et paraclinique

4.3.1. Toucher vaginal

Certains auteurs ont proposé une exploration digitale de la cicatrice utérine en cours de travail [33], ce qui, en pratique est difficilement réalisable et induit des risques infectieux et traumatiques.

4.3.2. Echographie

D'autres auteurs ont proposé d'explorer le segment inférieur par une échographie en fin de grossesse (entre 36 et 38 SA). Cette exploration est non invasive, mais présente deux inconvénients majeurs : il existe une grande variabilité dans l'interprétation de l'image et une mauvaise valeur prédictive positive sur le risque de rupture utérine.

En effet, en prenant comme seuil de normalité 3,5 mm [34], 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 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.

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

Rosenberg retrouve une sensibilité de 88 %, une spécificité de 73,2 %, une Valeur prédictive négative de 99,3 %, mais une valeur prédictive positive de 11,8 % [34].

Ce seuil de normalité ne fait pas l'unanimité et pour d'autres, il doit être choisi à 2 mm [35].

Pour ces raisons, l'échographie ne nous apparait pas comme un élément fiable pour le choix du mode d'accouchement.

4.3.3. Hystérogaphie :

Il s'agit d'un examen relativement invasif, qui conserve peu d'indications.

L'hystérogaphie a été proposée pour détecter les cicatrices défectueuses.

Elle doit être réalisée au moins 3 mois après la chirurgie, mais de préférence après 6 mois.

Les clichés de face et de profil, à la recherche d'images d'addition au niveau de la cicatrice, sont à l'origine de classifications morphologiques de la cicatrice [36].

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

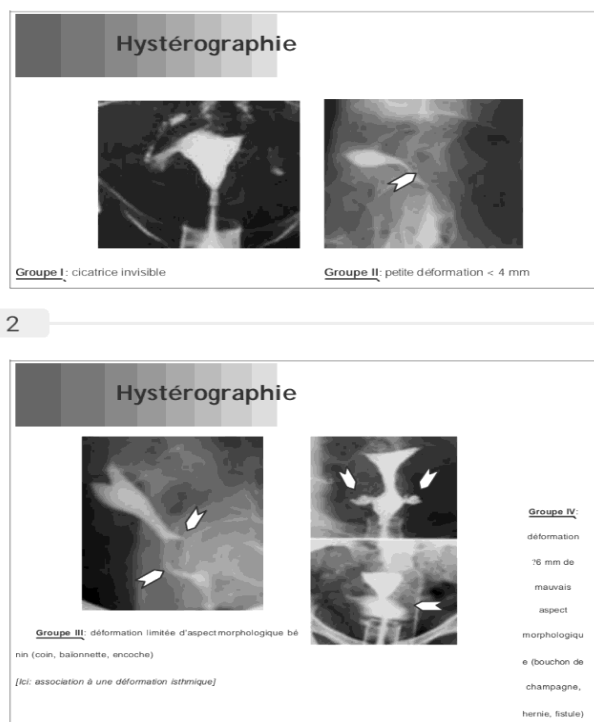


Figure 6 : Hystérogaphie [37]

5. Accouchement sur utérus cicatriciel

5.1. Césarienne prophylactique [38]:

- Les indications

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

a) Les rétrécissements pelviens

Les bassins chirurgicaux sont bien sur 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, le partogramme et vérifier la réalité du rétrécissement par une pelvimétrie qui sera confrontée au bi pariétal du fœtus de la grossesse en cours.

Les rétrécissements pelviens modérés ne sont pas une indication de césarienne prophylactique itérative, si la confrontation céphalo -pelvienne clinique, radiologique et échographique est favorable.

b) La cicatrice utérine

Elle peut être *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 tardive de grossesse ou, perforations utérines d'IVG, compliquées d'infections : fièvre élevée et persistante, suppuration, lochies fétides, rejet de débris sphaceliques ;
- Cicatrices utérines multiples (par exemple césarienne + myomectomie ou myomectomies multiples),
- Cicatrice de césarienne sur un utérus mal forme
- Cicatrice de la classe IV de Poitevin, c'est à dire dont le diverticule mesure sur l'hystérogaphie fait plus de 6 mm ou présente un trajet fistuleux.
- Patientes ayant eu une complication infectieuse pelvienne prouvée a 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 ou la densité médicale est faible.

c) 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 prævia antérieur

d) La date de la césarienne prophylactique

En absence de pathologie fœto-maternelle, la césarienne ne doit être réalisée qu'à partir de 39SA.

Lorsque celui-ci est imprécis, une amniocentèse peut s'assurer de la maturité fœtale, car les détresses respiratoires observées après césarienne prophylactique réalisée trop tôt ne sont pas exceptionnelles [39].

e) Les particularités de la technique et stérilisation tubaire

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

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

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

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

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

Il faut savoir discuter le dogme de la ligature à la troisième césarienne ; 4 voire 5 césariennes sont possibles si la femme le souhaite et si les conditions anatomiques sont bonnes.

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

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

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

5.2. EPREUVES UTERINES

5.2.1. Les conditions de l'accouchement

- Éléments médicaux

Les éléments médicaux faisant accepter l'épreuve utérine de principe sont :

- la présentation céphalique ;
- la grossesse unique ;

- la cicatrice obstétricale segmentaire ou la cicatrice gynécologique, en l'absence de malformation utérine ;
- la confrontation céphalo-pelvienne favorable ;
- la localisation placentaire normale.

- **Éléments matériels**

Ce sont ceux permettant une surveillance du bon déroulement du travail (Cardio-tocographe externe, tenue du partogramme) et ceux permettant une intervention en urgence (disponibilité d'un bloc opératoire, de l'obstétricien, de l'anesthésiste, du pédiatre, possibilité d'une transfusion sanguine en urgence).

5.2.2. Conduites de l'épreuve utérine :

5.2.3. Eléments de surveillances [38]

a) Surveillances des 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).

Les modifications de l'activité utérine doivent immédiatement faire penser à une rupture utérine.

b) Surveillance du rythme cardiaque fœtal

Le monitoring du rythme cardiaque fœtal (RCF) est également indispensable pour juger du bien-être fœtal. Il doit être effectuée en permanence et utiliser une électrode de scalp s'il n'est pas parfaitement capté.

Il doit être surveillé de façon encore plus précise que dans l'accouchement normal car les premiers signes de la rupture utérine peuvent n'être qu'une modification du rythme cardiaque fœtal [39].

c) Partogramme

Il permet d'apprécier les différentes phases du travail, la vitesse de dilatation et la descente de la présentation.

Comme dans tout travail, l'absence de progression de la dilatation doit évoquer une disproportion fœto-pelvienne, une présentation anormale ou une dystocie cervicale, mais elle peut aussi indiquer une rupture [40].

d) Durée de l'épreuve

La durée du travail ne doit pas excéder la durée moyenne admise pour une primipare et l'ensemble de la phase active du travail (à partir de 3 cm) ne doit pas dépasser 5 à 6 heures [41].

5.2.4. Analgésie et utérus cicatriciel

Lors de la généralisation de l'épreuve utérine, le recours à l'anesthésie par péridurale a été discuté, en raison des risques d'une analgésie trop puissante, pouvant masquer les signes cliniques d'une rupture. Rapidement, au début des années 1980, il a été montré que la péridurale n'augmentait pas les risques de rupture [42] et ne faisait pas disparaître ses signes cliniques [43].

La douleur est rarement le symptôme faisant poser le diagnostic de rupture utérine, mais il reste un élément du diagnostic.

Pour certains, la péridurale doit donc s'efforcer de ne pas anesthésier le péritoine, pour ne pas masquer la douleur, mais il faut surtout être attentif à la réapparition d'une douleur chez une patiente bien soulagée [44].

Les études se sont également attachées à rechercher l'influence de la péridurale sur le déroulement du travail ; elles ont montré que l'anesthésie par péridurale n'allonge ni la durée du travail, ni la durée d'expulsion et ne modifie pas le pronostic de l'épreuve [44,45,46].

Il n'y a donc pas de contre-indications à l'utilisation de l'anesthésie par péridurale en cas de cicatrice utérine.

Son intérêt est de procurer un confort pour la patiente et d'élargir les indications d'épreuve utérine ou de déclenchement ; en cas de révision utérine, elle permet d'éviter une anesthésie générale.

5.2.5. Expulsion

Il existe peu de données relatives à l'expulsion en cas d'utérus cicatriciel. Il s'agit d'un moment où les contractions utérines sont plus intenses et où les contraintes subies par la paroi utérine sont plus importantes. Le risque de rupture est majeur et, pour certains auteurs, il ne faut pas hésiter à pratiquer une épisiotomie préventive ou une extraction instrumentale. Cette attitude se traduit par un taux d'extractions instrumentales relativement élevé (plus de la moitié pour Canis [45], plus du tiers pour Mage [47]).

Les manœuvres visant à pousser le fœtus dehors, de type expression utérine, sont proscrites, mais l'extraction instrumentale ne doit pas être systématique en cas de cicatrice utérine et ses indications ne doivent pas être élargies en l'absence de données supplémentaires.

5.2.6. Délivrance : Révision utérine

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.

5.2.7. Les complications de l'épreuve utérine :

- Césarienne en cours de travail

Elle peut être réalisée pour une stagnation de la dilatation, pour des anomalies du rythme cardiaque fœtal, pour une suspicion de rupture. Comme nous l'avons vu, il s'agit de la voie d'accouchement ayant la plus grande morbidité materno-fœtale ; elle expose aux difficultés de dissection sur tissu fibrose dans des situations d'urgence.

- Rupture utérine

La rupture pendant la grossesse, volontiers, survient sur un utérus mal formé ou cicatriciel.

La cicatrice est généralement corporelle.

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

La femme a quelques signes de choc dus à la métrorragie, et, à l'examen les bruits du cœur fœtal ont disparu, l'utérus a changé de forme (utérus en SABLIER) ; parfois a cote de lui, on perçoit le fœtus sous la paroi, douleur abdominale syncopale en coup de poignard irradiant a tout l'abdomen, a type de déchirure accompagnée d'une sensation d'écoulement de liquide chaud dans l'abdomen (le sang), le choc hémorragique est, dans la plupart des cas, rare.

Il y aura plutôt une hémorragie minimale, la cicatrice désunie étant une zone peu vascularisée.

Les signes de péritonite sont très peu marques, voire absents. Ils sont remplacés par une irritation péritonéale a 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.

5.2.8. Délivrance

a) Placenta prævia

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

b) Placenta accréta

Le placenta accréta est défini par une pénétration anormale d'un ou plusieurs cotylédons dans la couche myométriale superficielle avec disparition de la caduque basale.

Le danger de cette pathologie est la difficulté de la délivrance et les hémorragies qui en découlent.

L'étude de sa fréquence est rendue difficile par la part de subjectivité dans le diagnostic clinique : il s'agit d'une délivrance artificielle soit très difficile, soit impossible.

La confirmation du diagnostic ne peut se faire que par l'histologie de la pièce d'hystérectomie.

Il existe ainsi un biais lié à l'opérateur en cas d'étude prospective car celui-ci porte une attention particulière à la délivrance.

L'absence de déciduale basale au niveau de la cicatrice utérine entraîne une pénétration plus profonde du placenta dans le myomètre.

Au cours des dernières décennies, l'augmentation du nombre de césariennes a fait augmenter le nombre des placentas prævia puis celui des placentas accréta.

Le risque de placenta accréta en cas de placenta prævia [48] et, quel que soit le type d'utérus, était de :

- 0,2 % en 1950
- 4 % en 1970
- 10 % dans les années 1980.

Lorsque l'on restreint l'étude à la population des utérus cicatriciels, le nombre de placentas accréta sur placentas prævia est significativement augmenté :

- Clark en retrouve 35 % en 1985 [48] ;
- Chattopadhyay en retrouve 38,2 % en 1993 [49] ;
- et Miller en retrouve 29 % en 1997 [50].

Au sein même de la population des utérus cicatriciels, l'incidence augmente avec le nombre de cicatrices :

- entre 8 et 10 % pour les utérus uni-cicatriciels [49,48,51];
- entre 15 et 50 % pour les multi cicatriciels, selon les études [49,48,51];
- Miller retrouve un risque relatif de 11,32 pour un utérus présentant plus de deux cicatrices [50].

En revanche, il ne semble pas exister de relation entre la survenue d'un placenta accréta et le délai entre la cicatrice et la grossesse, ni entre placenta accréta et notion d'infection du post-partum [52].

Concernant les conséquences maternelles du placenta accréta, elles sont plus graves en cas d'utérus cicatriciel qu'en cas d'utérus intact.

Cette situation est probablement due au cumul de deux pathologies graves que sont le placenta prævia et le placenta accréta.

En raison des risques liés à cette pathologie, devant tout utérus cicatriciel présentant un placenta prævia, il convient de rechercher des signes en faveur d'une implantation accréta.

Cliniquement, les signes d'appel sont peu nombreux et peu spécifiques : il s'agit essentiellement des métrorragies. Le signe échographique spécifique recherché est la perte de la zone hypoéchogène myométriale retro placentaire, correspondant à l'absence de caduque basale.

En cas de suspicion de placenta accréta, l'IRM permet de confirmer le diagnostic. Dans la majorité des cas, le diagnostic est per-opératoire, mais lorsqu'il est fait avant la césarienne, l'autotransfusion est recommandée, et une équipe expérimentée est indispensable.

L'organisation pour une éventuelle embolisation des artères utérines est envisagée ; elle permet, dans certains cas, de contrôler les hémorragies du post-partum, même si la délivrance immédiate est impossible [53].

c) Placenta percreta

Le placenta percreta est une pathologie extrêmement rare.

Il s'agit de la forme la plus grave du placenta accréta avec pénétration de toute l'épaisseur du myomètre par les villosités placentaires.

Le risque hémorragique est dû à l'impossibilité de réaliser la délivrance et aux ruptures utérines.

Lorsque le placenta percreta est inséré au niveau du segment inférieur (70 % des cas), aux complications de la décidualisation imparfaite s'ajoutent la minceur du myomètre et la faible contractilité du segment inférieur.

Lorsqu'il survient sur une cicatrice utérine, il peut réaliser une rupture utérine silencieuse et les villosités placentaires peuvent s'étendre au pelvis (vessie, Retzius, épiploon, mésentère, vaisseaux iliaques).

La rareté de ce type de complication est rapportée par Lympelopoulou qui, à l'occasion de sa revue de la littérature, ne retrouve que 18 cas publiés jusqu'en 1993 [54].

Dans les 20 observations analysées, les tableaux cliniques sont, avant tout, ceux d'une hémorragie de la délivrance massive avec artères et veines largement ouvertes.

La totalité des cas rapportés a nécessité une hystérectomie d'hémostase, les ligatures des vaisseaux étant inefficaces.

Sur les 20 patientes, six ont présenté une CIVD et deux sont décédées.

Dans tous les cas, un geste vésical a été nécessaire, en raison des lésions pré- ou per opératoires lors du décollement vésical.

Il faut évoquer ce diagnostic devant toute insertion basse du placenta chez une femme ayant un antécédent de césarienne, la situation étant beaucoup plus délicate lorsque la découverte en est faite en per opératoire.

Cliniquement, le placenta percreta se caractérise par des signes peu spécifiques :

- les antécédents : le terrain est celui d'une multipare ayant eu plusieurs césariennes ;
- des métrorragies fréquentes ;
- des douleurs pelviennes basses, rares ;
- des signes urinaires dont une hématurie souvent macroscopique (mais qui peut être microscopique), des dysuries et des pollakiuries.

L'examen complémentaire de première intention est l'échographie pelvienne endovaginale avec doppler couleur.

Elle recherche un amincissement ou une interruption de l'interface hyperéchogène entre la séreuse utérine et la vessie, ainsi que la présence de masses exo phytiques vascularisées traversant le myomètre ; les examens à réaliser en complément de bilan sont l'IRM et la cystoscopie.

Le diagnostic préopératoire permet de prévoir une transfusion, de prévenir la patiente du risque d'hystérectomie [55].

5.2.9. Problèmes particuliers

a) Déclenchement sur 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 efface, dilaté à 2-3 cm, souple avec un bon palper introducteur), le déclenchement est tout à fait acceptable sous réserve que l'on rompe d'emblée les membranes et que l'on mette une tocographie interne.

La seule rupture des membranes permet d'ailleurs assez souvent d'obtenir une activité utérine et les doses de *Syntocinon* ne dépassent pas dans ces conditions 10 mU /min [56].

b) Présentation du Siège

Trois conduites à tenir peuvent se discuter devant une présentation du siège sur utérus cicatriciel :

- la version par manœuvre externe suivie d'une épreuve utérine pour les présentations céphaliques, et éventuellement pour les sièges ;
- la césarienne prophylactique après ou sans tentative de version par manœuvre externe ;
- l'épreuve utérine sur présentation du siège, précédée ou non d'une tentative de version par manœuvre externe.

Dans de nombreux services, l'utérus cicatriciel constitue une contre-indication à la voie basse en cas de siège et une contre-indication à la version par manœuvre externe.

c) Macrosomie Fœtale

L'incidence de la macrosomie fœtale est élevée 17,8 % de macrosomies dans sa série [57].

Les femmes potentiellement candidates à l'épreuve utérine

Représentent donc un effectif important. La suspicion de macrosomie fœtale a pu être considérée comme une contre-indication à l'épreuve utérine.

Le taux de réussites de l'épreuve utérine pour les enfants de plus de 4 kg est inférieur à celui des fœtus de poids normaux, comme le montrent les chiffres rapportés dans la littérature

d) Grossesse Gémellaire

Dans de nombreuses équipes, la grossesse gémellaire constitue une contre-indication à la voie basse en cas d'utérus cicatriciel. Cette contre-indication provient de la sur-distension utérine et de l'augmentation théorique du risque de rupture.

Cette opinion n'est pas soutenue par tous les auteurs et certains travaux récents retrouvent des résultats satisfaisants en tentant l'épreuve utérine [58,59,60].

e) Utérus Multi cicatriciels

Il n'existe pas actuellement d'attitude consensuelle vis-à-vis de l'utérus multi cicatriciel.

Les études publiées sur les possibilités d'épreuve utérine concernent avant tout les utérus bi cicatriciels et ne retrouvent pas de sur-morbidité materno-fœtale en cas de tentative de voie basse [61,62,63].

En revanche, les taux de réussite de l'épreuve sont abaissés et expliquent en partie la réserve de certaines équipes [61,62,63].

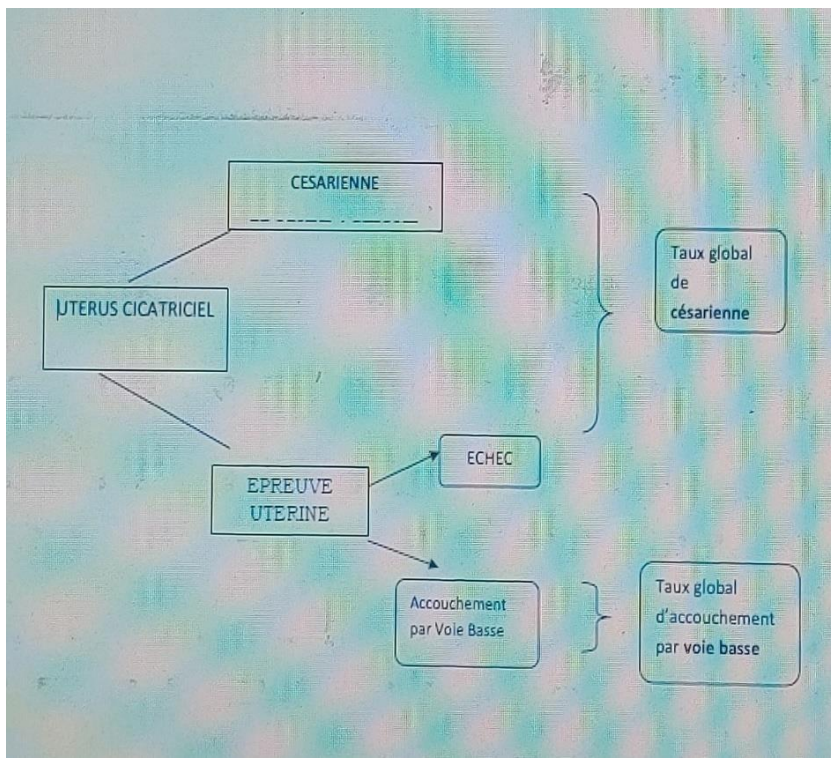
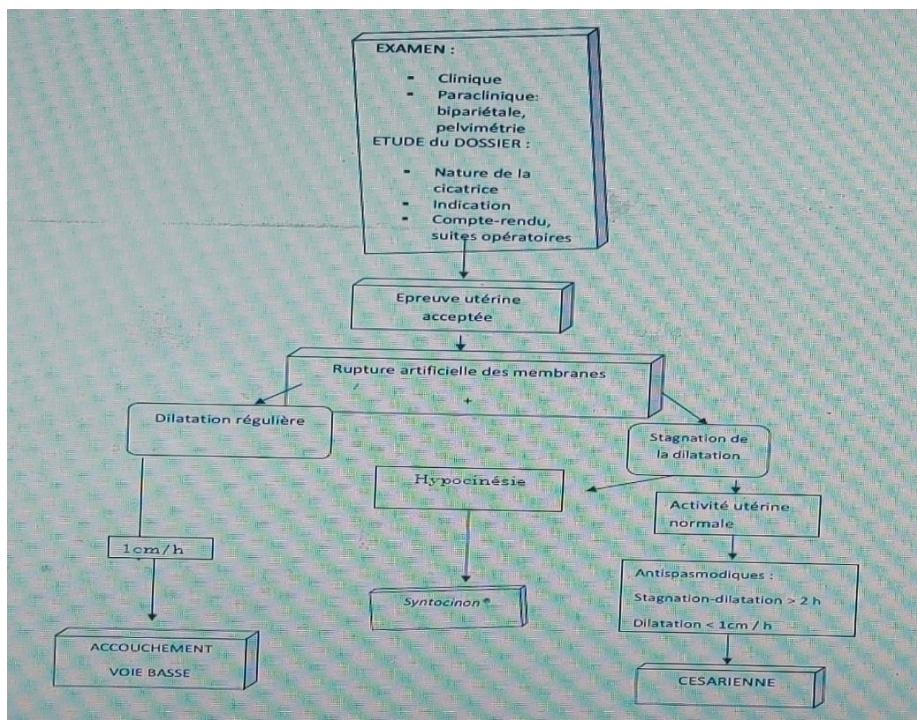


Figure 7 : Conduite de l'épreuve utérine [64]

Figure 8 : Modalités d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel [64].

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune II de Bamako.

Présentation du centre de santé de référence de la commune II de Bamako :

Le Centre de Santé de Référence de la commune II du district de Bamako installé à Missira depuis 1997, a été transféré au quartier sans fil.

Elle est limitée :

- Au nord par la colline du Point G ;
- Au sud par le fleuve Niger ;
- A l'est par le marigot de Korofina ;
- A l'ouest par le Boulevard du peuple.

Elle comporte 12 quartiers (Bakaribogou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Medina-coura, Bagadadji, Missira, Niaréla, Quinzambougou, Téléphone sans fil (TSF), Zone industrielle, N'Gomi).

Le CSC Réf est l'un des centres les plus fréquentés ; Il accueille un grand nombre de malades venant de la commune et d'ailleurs.

Les différents services du centre sont entre autres :

- Un service administratif ;
- Un service de gynécologie- obstétrique ;
- Un service de chirurgie générale ;
- Un service de cardiologie ;
- Un service d'urologie ;
- Un service de médecine interne ;
- Un service de pédiatrie ;
- Un service d'imagerie médicale ;
- La pharmacie ;
- Le laboratoire d'analyses biomédicales ;

- Un service de kinésithérapie ;
- Le service d'ORL ;
- Le service d'Odontostomatologie ;
- Le service d'ophtalmologie ;
- Un service d'anesthésie-réanimation.

Fonctionnement du service de gynécologie-obstétrique :

Le service dispose d'une salle d'accouchement et d'un bloc opératoire pour les urgences chirurgicales et obstétricales qui fonctionnent vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées par les gynécologues obstétriciens quatre jours dans la semaine (lundi au jeudi).

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par des sage-femmes avec l'aide des infirmières obstétriciennes et des aides-soignantes.

Une équipe de garde permanente travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Elle est composée d'un gynécologue-obstétricien, de deux médecins généralistes, de deux étudiants thésards, de deux sage-femmes, de deux infirmières obstétriciennes, d'un infirmier anesthésiste réanimateur, de deux manœuvres et d'un chauffeur d'ambulance.

Un staff se tient chaque matin du lundi au vendredi à huit heures trente minutes où l'équipe de garde effectue le compte rendu des prestations. Ce staff est dirigé par les gynécologues obstétriciens.

2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude analytique descriptive cas-témoins prospective sur une période d'un an allant du 01 janvier 2024 au 01 janvier 2025.

3. Population:

Toutes les femmes ayant accouchées au CSREF de la commune II pendant la période d'étude.

4. Echantillonnage:

L'échantillonnage était exhaustif incluant tous les cas d'accouchement sur utérus unicatriciel pendant la période d'étude.

a) Critères d'inclusion:

Cas :

- Toutes les parturientes avec un utérus porteur d'une cicatrice de césarienne (utérus unicatriciel) dont la voie basse a été autorisée ;
- Ayant accouchées dans le service ;
- Pendant la période d'étude.

Témoins :

- Toutes les parturientes dont l'utérus était indemne de toute cicatrice utérine ;
- Ayant accouchées dans le service ;
- Pendant la période d'étude.

b) Critères de non inclusion :

Cas:

Ne sont pas retenues les parturientes dont l'expulsion sur utérus unicatriciel s'est produite hors du service ou cicatrice multiple ou autres causes de cicatrice utérines.

Témoins : Toute parturiente porteuse de grossesse gémellaire ou multiple ou ayant expulsée hors de la maternité ou présentant des pathologies sur grossesse.

c) Critère d'appariement

Nous avons pris un cas d'utérus mono cicatriciel et deux témoins d'utérus non cicatriciel ayant (1 cas sur 2 témoins) :

- Grossesse monofoetale (un seul fœtus)
- Absence d'autres pathologies ;
- la même tranche d'âge ;

- la même parité et
- même âge gestationnel
- Admise avant et après le cas au cours de notre période d'étude.

d) Variables étudiées

Les variables suivantes ont été étudiées : âge, profession, adresse, statut matrimonial, Gestité, parité, vivant, décédé, avortement, déhiscence de la cicatrice utérine, hémorragie de la délivrance, ethnie, profession du procréateur, antécédents, nombre de cicatrices utérines, CPN, indication de la césarienne antérieure, poids, taille, bassin, hauteur utérine, dilatation du col, type de présentation du fœtus, terme de la grossesse, voie d'accouchement, état du nouveau-né, poids du nouveau-né, taille nouveau-né, Apgar nouveau ne, pronostic maternel.

6. Supports des données

Les documents suivants ont servi de supports des données :

- Registre d'accouchement ;
- Registre de césarienne ;
- Dossiers obstétricaux ;
- Carnets de CPN
- Registre de référence/évacuation ;
- Registre de compte rendu opératoire ;
- Partogramme ;

7. Saisie et analyse des données

Les données ont été analysées sur statistical package for the social science (SPSS) version 20 et la saisie des données a été effectuée sur le logiciel Word.

Les tests utilisés pour la comparaison sont : le test de Khi carré (Khi²) de Pearson et Fisher.

La différence est significative si la probabilité (P) est inférieure à 0,05.

8. Définitions opératoires :

Accouchement eutocique : s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal.

Accouchement dystocique : ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (Bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes.

Epreuve utérine : C'est un essai d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel.

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.

Bassin : son appréciation a été exclusivement clinique ; nous ne nous sommes pas intéressés à la radiopelvimétrie au cours de notre étude.

BGR : promontoire atteint et les lignes innominées sont suivies au-delà des 2/3 antérieures.

Bassin limite : promontoire atteint mais les lignes innominées ne sont pas suivies au-delà des deux tiers antérieurs.

Bon état de la cicatrice : cicatrice souple, avec berges réguliers

Mauvais état de la cicatrice : cicatrice chéloïde, fibrosée, dure

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

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

Evacuation : référence réalisée dans un contexte d'urgence.

Pronostic materno-fœtale : Nous entendons par pronostic materno-fœtale l'issue de l'accouchement pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité.

Grossesses non suivies : Femme n'ayant fait aucune consultation prénatale.

Gestité : C'est le nombre de grossesse chez la femme.

- Primigeste : première grossesse,
- Paucigeste : deux à trois grossesses,
- Multigeste : quatre à cinq grossesses,
- Grande Multigeste : six grossesses et plus.

Parité : C'est le nombre d'accouchement chez la femme.

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

Apgar : méthode d'évaluation globale de l'état d'un enfant a la naissance.

- _ 0 : mort-né
- _ 1 à 3 : état de mort apparente
- _ 4 à 7 : état morbide
- _ ≥ 8 : bon état post natal.

Mort-né : produit de conception dont la gestation a duré au moins 180 jours et qui est décédé in utero.

IIG court : IIG \leq 6mois

Primipare âgée : primipare de plus de 35ans selon l'OMS.

Cas : toute parturiente ayant un utérus portant une ou plusieurs cicatrices myométriales.

Variables : Sont les paramètres qu'on se propose d'étudier par rapport à une population.

Le dossier complet et exploitable : Est un dossier comportant la quasi-totalité des paramètres à étudier.

La laparotomie : Est une ouverture chirurgicale de la cavité abdominale.

La césarienne : est une intervention chirurgicale qui permet l'extraction du fœtus après une incision chirurgicale de l'utérus.

HTA : la tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140mm Hg et ou diastolique supérieure ou égale à 90mm Hg.

Prééclampsie : état précédant l'apparition des convulsions éclamptiques et apparaissant à partir de 20 Semaines d'aménorrhées de la grossesse, qui se manifeste par l'exagération de l'HTA et par l'apparition d'une albuminurie importante avec oligurie, de céphalées intenses, de troubles digestifs (vomissements), de douleurs épigastriques (barre de Chaussier) et de troubles sensoriels oculaires (brouillard visuel, mouches volantes, amblyopie, diplopie...) ou auditifs (bourdonnements, vertiges).

Eclampsie : complication aiguë et paroxystique de la toxémie gravidique, d'apparition brutale ou succédant à une phase d'éclampsisme, survenant pendant la grossesse (le plus souvent au cours du troisième trimestre), pendant l'accouchement ou les 48 premières heures des suites de couches et évoluant en quatre phases :

- La phase d'invasion, courte ;
- La phase tonique dure vingt à trente secondes ;
- La phase clonique dure quelques minutes ;
- La phase de coma plus ou moins profonde dure quelques heures.

RPM : il s'agit d'une rupture prématurée des membranes

RESULTATS

V. RESULTATS :

1. Fréquence :

Durant notre étude, nous avons enregistré un total de 2 410 accouchements. Nous avons eu 116 cas soit 4,8% et 232 témoins soit 9,6%. La somme des cas et témoins était 348.

2. Les caractéristiques sociodémographiques

Tableau II : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Age (années)	Cas	Témoins
16-19 ans	46 (39,6%)	163(70,2%)
20-34 ans	59(50,8%)	67(28,9%)
35-45 ans	11(9,6%)	2(0,9%)
Total	116(100%)	232(100%)

Fischer = 30,68

PV= 0,0001

Il existe un lien statistique significatif (p -valeur $<0,05$) entre les cas et les témoins.

La tranche d'âge 20 à 34 ans était majoritairement représentée ainsi chez les cas tandis que la tranche d'âge 16 à 19 était plus représentée chez les témoins.

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Cas	Témoins
Ménagère	94 (81%)	166(71,6%)
Commerçante	11(9,5%)	24(10,3%)
Fonctionnaire	7(6,1%)	9(3,9%)
Etudiante/Elève	2(1,7%)	27(11,6%)
Agent de santé	2(1,7%)	6(2,6%)
Total	116(100%)	232(100%)

Fischer = 9,140 PV= 0,035

Il existe un lien statistique significatif (p -valeur $<0,05$) entre les et les témoins.

La profession ménagère était la plus représentée chez les cas et les témoins soient (81% et 71,6%).

Tableau IV : Répartition des patientes selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Cas	Témoins
Non Scolarisée	33(28,4%)	55(23,7%)
Primaire	49(42,2%)	76(32,8%)
Secondaire	22(19%)	60(25,8%)
Supérieur	12(10,4%)	41(17,7%)
Total	116(100%)	232(100%)

Fischer = 5,674

PV= 0,085

Il n'existe aucun lien statistique significatif (p-valeur>0,05) entre les cas et les témoins.

Le niveau primaire était majoritairement représenté chez les cas soit 42,2% ainsi que chez les témoins soit 32,8%.

3. Aspects cliniques :

Tableau V : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédent médical	Cas	Témoins
Hypertension artérielle	1(0,9%)	0(0%)
Drépanocytose	1(0,9%)	1(0,4%)
Néant	112(96,5%)	228(98,3%)
Hépatite B	2(1,7%)	2(0,9%)
IHV/SIDA	0(0%)	1(0,4%)
Total	116(100%)	232(100%)

Fischer = 26,619

PV= 0,0001

Il existe un lien statistique significatif (p-valeur<0,05) entre les et les témoins.

Tableau VI : Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Cas	Témoins
Contraction uterine	29(25%)	218(93%)
Hémorragie	1(0,9%)	1(0,4%)
Contraction uterine/Utérus cicatriciel	81(69,8%)	2(0,9%)
Hypertension artérielle/grossesse	0(0%)	1(0,4%)
Dilatation stationnaire	2(1,7%)	3(2,2%)
Dystocie	1(0,9%)	2(0,9%)
Rupture prématurée des membranes	0(0%)	2(0,9%)
Hauteur uterine excessive	0(%)	1(0,4%)
Procidence du cordon	2(1,7%)	0(%)
Autres	0(%)	2(0,9%)
Total	116(100%)	232(100%)

Fischer= 59,94

PV= 0,0001

Il existe un lien statistique significatif (p -valeur $<0,05$) entre les et les témoins.

La contraction uterine douloureuse était le motif le plus représenté chez les cas et les témoins.

-Odd Ratio pour contraction utérine= 0,02 inférieur à 1(facteur protecteur).

-Odd Ratio pour contraction utérine/utérus cicatriciel=266 supérieur à 1(facteur de risque très élevé)

Tableau VII : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Cas	Témoins
1	43(37,1%)	204(87,9%)
2 à 3	47(40,5%)	25(10,8%)
4 et plus	26(22,4%)	3(1,3%)
Total	116(100%)	232(100%)

Fischer = 82,8

PV=0,0001

Il existe un lien statistique significatif (p-valeur<0,05) entre les cas et les témoins.

Les 2 à 3ème gestes étaient les plus représentées chez les cas.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Cas	Témoins	OR
1	2(1,7%)	24(10,3%)	
2 à 3	72(62,1%)	208(89,7%)	0,19
4 et plus	42(36,2%)	0(%)	
Total	116(100%)	232(100%)	

Fischer = 82,10

PV= 0,0001

Il existe un lien statistique significatif (p-valeur<0,05) entre les cas et les témoins.

L'odd Ratio = 0,19 ; parité facteur protecteur.

Les paucipares représentaient 62,1% des cas et 89,7% des témoins.

Tableau IX : Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Cas	Témoins	OR [IC _{95%}]
< 2	7(6%)	16(6,9%)	0,87 (0,35 ; 2,17)
2 à 4	50(43,1%)	97(41,8%)	1,05 (0,67 ; 1,67)
> 4	59(50,9%)	119(51,3%)	0,98 (0,63 ; 1,54)
Total	116(100%)	232(66,7%)	

Fischer = 10,412

PV= 0,842

Il n'existe aucun lien statistique significatif (p-valeur>0,05) entre les cas et les témoins.

Pour une CPN : odd ratio = 0,87 et IC (0,35 ; 2,17)

Entre 2 à 4 CPN : odd ratio = 1,05 et IC (0,67 ; 1,67)

Pour > 4 CPN : odd ratio = 0,98 et IC (0,63 ; 1,54) ; Odd Ratio est inférieur à 1 (facteur protecteur).

Les gestantes ayant effectuées plus de 4 CPN représentaient 50,9% des cas.

Tableau X : Répartition des patientes selon le lieu de CPN

Lieu de CPN	Cas	Témoins	OR [IC _{95%}]
CSCOM	10(8,6%)	11(4,7%)	
CSRéf	106(91,4%)	221(95,3%)	0,64 [0,36 - 1,12]
Total	116(100%)	232(100%)	

Fischer = 1,65

PV= 0,522

Il n'existe aucun lien statistique significatif (p-valeur>0,05) entre les cas et les témoins.

Le Csref était le lieu de CPN le plus fréquenté par les cas soit 91,4% et les témoins soit 95,3%.

Tableau XI : Répartition des patientes selon l'agent de CPN

Auteur de CPN	Cas	Témoins	OR [IC _{95%}]
Médecin	77(66,4%)	2(0,9%)	227,05 (53,57 ;962,41)
Sage-femme	38(32,7%)	230(99,1%)	
Matronne	1(0,9%)	0(0%)	
Total	116(100%)	232(100%)	

Fischer = 15,24

PV= 0,0001

Il existe un lien statistique significatif (p-valeur<0,05) entre les cas et les témoins.

Odd Ratio = 227,05 et IC (53,57 ;962,41).

Les CPN faites par les médecins étaient largement significatives chez les cas que chez les témoins.

Tableau XII : Répartition des patientes selon le terme gestationnel

Terme de gestationnel	Cas	Témoins	OR [IC _{95%}]
< 37 SA	4(3,4%)	10(4,3%)	
37 à 41+6 SA	95(81,9%)	200(86,2%)	0,84 (0,26 ; 2,75)
> ou = 42 SA	17(14,7%)	22(9,5%)	1,63 (0,83 ; 3,20)
Total	116(100%)	232(100%)	

Fischer = 1,159

PV= 0,442

Il n'existe aucun lien statistique significatif (p-valeur>0,05) entre les et les témoins. De 37 à 41+6SA : Odd Ratio = 0,84 et IC (0,26 ; 2,75)

Pour > ou = 42 SA : Odd Ratio = 1,63 et IC (0,83 ; 3,20)

Le terme gestationnel entre 37 à 41+6 SA était le plus représenté dans les deux groupes respectivement 81,9% des cas contre 86,2% des témoins.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la hauteur utérine

Hauteur uterine (cm)	Cas	Témoins	OR [IC95%]
<32cm	12(10,3%)	30(12,9%)	
32 à 34cm	97(83,6%)	198(85,3%)	0,82 (0,40 ; 1,66)
> 36cm	7(6,1%)	4(1,7%)	3,57 (1,02 ; 12,49)
Total	116(100%)	232(100%)	

Fischer = 3,895 PV= 0,091 Moyenne : 32,36 cm

Il n'existe aucun lien statistique significatif (p-valeur>0,05) entre les cas et les témoins.

De 32 à 34 cm : Odd ratio = 0,82 et IC (0,40 ; 1,66) ;

Pour > 36cm : Odd Ratio = 3,57 et IC (1,02 ; 12,49).

La hauteur utérine était de 32 à 34 cm chez 83,6% chez les cas et 85,3% chez les témoins.

Tableau XIV : Les BDCFs des nouveau-nés

BDCFs	Cas	Témoins
BDCFs Absents	1(0,9%)	0(0%)
Inf à 120	5(4,3%)	4(1,7%)
120-160	110(94,8%)	228(98,3%)
Total	116 (100%)	232(100%)

Fischer = 4,095

PV= 0,129

Il n'existe aucun lien statistique significatif (p-valeur>0,05) entre les cas et les témoins.

Seul un nouveau-né avait les BDCFs absents chez les cas.

Tableau XV : Répartition des patientes selon la dilatation cervicale

Dilatation cervicale	Cas	Témoins
< ou= 5 cm	26(22,5%)	18(7,8%)
> 5 cm	82(70,7%)	210(90,5%)
Période expulsive	4(3,4%)	4(1,7%)
Non en travail	4(3,4%)	0(0%)
Total	116(100%)	232(100%)

Khi-2 de Person = 25,76

PV= 0,000

Il existe un lien statistique significatif (p-valeur<0,05) entre les cas et les témoins.

La dilatation cervicale (>5 cm) était majoritaire chez les cas et chez les témoins soit respectivement 70,7% et 90,5%.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'état du bassin

Etat du bassin	Cas	Témoins	OR [IC _{95%}]
Normal	105(90,5%)	232(100%)	
Anormal	11(9,5%)	0(%)	0,31 [0,26-0,36]
Total	116(100%)	232(100%)	
Fischer= 18,718		PV= 0,000	

Il existe un lien statistique significatif (p-valeur<0,05) entre les cas et les témoins.

Le bassin normal constituait moins de risque chez les témoins que chez les cas.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Cas	Témoins	OR [IC _{95%}]
Basse	90(77,6%)	231(99,6%)	0,015 [0,02-0,11]
Césarienne	26(22,4%)	1(0,4%)	19 [0,24-0,35]
Total	116(100%)	232(100%)	
Fischer = 52,218		PV= 0,000	

Il existe un lien statistique significatif (p-valeur<0,05) entre les cas et les témoins.

Le risque d'accouchement par la voie haute était 19 fois plus élevé chez les cas que les témoins.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne antérieure

Indication antérieure	Effectifs	Pourcentage (%)
Placenta Prævia	7	6
Souffrance fœtale aigue	54	46,5
Siège chez primigeste	16	13,8
Positon transversale	7	6
Circulaire du cordon	3	2,6
Macrosomie chez primigeste	5	4,3
Défaut d'engagement	2	1,7
Procidence du cordon	2	1,7
Hématome rétro-placentaire	4	3,5
Eclampsie	3	2,6
Dilatation stationnaire	1	0,9
Bassin generalement retreci	9	7,8
Anamnios	1	0,9
Bassin immature	2	1,7
Total	116	100

La souffrance fœtale aigue était l'indication la plus fréquente soit 46,5%.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon l'état des nouveau-nés

Etat du nouveau-né			OR [IC _{95%}]
	Cas	Témoins	
Vivant	115(99,1%)	232(100%)	0,285 [0,28-0,38]
Décédé	1(0,9%)	0(0%)	
Total	116(33,3%)	232(100%)	

Fischer = 2,006

PV= 0,197

Il n'existe aucun lien statistique significatif (p-valeur>0,05) entre les cas et les témoins.

Le risque de décès chez les nouveau-nés était négligeable et nous avons enregistré un cas de décès périnatal chez les cas. Nous avons trouvé un cas de décès.

Tableau XX : Répartition des patientes selon le poids de naissance

Poids du nouveau-né	Cas	Témoins
< 2500	3(2,6%)	7(3%)
2500-4000	110(94,8%)	224(96,6%)
>4000	3(2,6%)	1(0,4%)
Total	116(100%)	232(100%)

Fischer = 2,599

PV= 0,302

Il n'existe aucun lien statistique significatif (p-valeur>0,05) entre les cas et les témoins.

La majorité des nouveau-nés avaient un poids de naissance 2500-4000g soit 94,8% pour les cas contre 96,6% pour les témoins. Le poids de naissance de 2500-4000 g est le plus retrouvé chez les cas et témoins.

Tableau XXI : Les patientes selon le sexe des nouveau-nés

Sexe du nouveau-né	Cas	Témoins
Masculin	59(50,9%)	128(55,2%)
Féminin	57(49,1%)	104(44,8%)
Total	116(100%)	232(100%)

Khi-2 de Person = 0,468

PV= 0,679

Il n'existe aucun lien statistique significatif (p-valeur>0,05) entre les cas et les témoins.

Le sexe masculin était le plus représenté chez les cas et chez les témoins soit respectivement 50,9% et 55,2%. Sexe ratio pour le cas : 0,9.

Tableau XXII : Les nouveau-né selon le score d'Apgar à la première minute

Apgar à premier minute	Cas	Témoins
Inf à 3	1(0,9%)	0(0%)
4 à 6	0(0%)	1(0,4%)
7 à 10	115 (99,1%)	231(99,6%)
Total	116(100%)	232(100%)

Khi-2 de Person = 1,501

PV= 0,486

Il n'existe aucun lien statistique significatif (p-valeur>0,05) entre les cas et les témoins.

La majorité des nouveaux nés avaient un score entre 7 et 10 soit 99,1% pour les cas et 99,6% pour les témoins. Le score d'Apgar entre 7 et 10 est le plus retrouvé chez les cas et chez les témoins.

Tableau XXIII: Les nouveau-né selon le score d'Apgar à la 5^{-ème} minute

Apgar 5^{-ème} minute	Cas	Témoins
Inf à 3	1(0,9%)	0(0%)
4 à 6	0(0%)	1(0,4%)
7 à 10	115(99,1%)	231(99,6%)
Total	116(100%)	232(100%)

Fischer = 1,501

PV= 0,486

Il n'existe aucun lien statistique significatif (p-valeur>0,05) entre les cas et les témoins.

La majorité des nouveaux nés avaient un score entre 7 et 10 soit 99,1% pour les cas et 99,6% pour les témoins.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Approche méthodologique :

Notre étude s'est déroulée au centre de sante de référence de la commune II de Bamako, il s'agissait d'une étude analytique descriptive cas-témoins prospective sur une période d'un an allant du 01 janvier 2024 au 01 janvier 2025.

Au cours de l'étude, nous avons rencontré certaines difficultés parmi lesquelles nous retenons :

- Le refus de certaines parturientes de subir la césarienne à nouveau
- Manque d'informations sur les césariennes antérieures
- L'insuffisance du plateau technique.

1. Fréquence :

Dans notre étude la prévalence de l'accouchement sur utérus cicatriciel était 4,8% soit « 348 cas sur un total de 2 410 accouchements durant la période d'étude.

Comparé aux données de la littérature, notre taux d'accouchement sur utérus cicatriciel était inférieur à celui d'Anderson au Canada =7,6% [67] et nettement inférieur à ceux de Timma W[65] au Mali =12,2% en 2023 et de GANA J [66] = 7,5% en 2024.

Cette différence pourrait s'expliquer par les variations de taille d'échantillon et de période d'étude, surtout le lieu d'étude ; la plupart de ces études ont été réalisées dans des structures de 3eme référence.

2. Caractéristiques sociodémographiques :

• L'âge :

La tranche d'âge de 20 à 34 ans chez les cas était la plus représentée dans 50,8% et 16 à 19 ans chez les témoins dans 70,2% avec une moyenne d'âge de $24 \pm 5,1$ ans et des extrêmes allant de 16 à 45 ans.

Ces résultats corroborent à ceux de Timma W[65] :qui a rapporté un âge moyen de 23 ans et la tranche d'âge la plus représentée était 18 à 24 ans soit 42,9% et celui de GANA J [66] soit une moyenne de 26,89 ans.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge se situe dans la période d'activité obstétricale par excellence.

- **Niveau d'étude et la profession :**

Le niveau d'étude primaire était le plus représenté chez les témoins (42,2%) que chez les cas (32,8%), ce résultat est inférieur à celui de Bengaly M qui a retrouvé 78% des cas en 2014.

Ce sont les ménagères qui étaient majoritairement représentées dans les deux groupes avec 81 % soit 94 patientes chez les cas et (n=166) 71,6% pour les témoins.

Plusieurs thèses maliennes confirment cette tendance :

Bengaly M. (Kati, 2014) rapportait que 72 % de ses patientes étaient des ménagères.

Diarra B. (Commune I, 2009) retrouvait une proportion similaire avec 68 % de ménagères dans sa série d'utérus cicatriciels.

Koni Baya (Commune VI, 2024) mentionne également une forte proportion de ménagères (près de 70 %), ce qui concorde avec nos résultats.

OMBOTIME A. (2012), dans une étude menée dans un contexte africain similaire, retrouve plus de 75 % de femmes sans activité rémunérée parmi les utérus cicatriciels.

Cette prédominance de niveau primaire et de ménagères s'explique par leurs faibles revenus d'une part, le mauvais suivi prénatal, et la méconnaissance des risques.

3. Caractéristiques cliniques :

- **Motif d'admission :**

Les contractions utérines douloureuses (CUD) représentaient 69,8% pour les cas contre 93% pour les témoins comme motif d'admission, ce taux est inférieur à celui de Koni Baya qui a retrouvé 93,5% des cas en 2024, ce qui s'explique par la nécessité d'une surveillance rapprochée dès le début du travail.

- **Gestité et parité :**

La 2^{-ème} Gestité représentait 40,5% soit 47 patientes chez les cas et 10,8% chez les témoins soit 204 patientes et les paucipares représentaient 62,1% des cas et 89,7% des témoins.

Ce taux est inférieur à celui de Timma W [65] qui a trouvé 71% et supérieur à celui de GANA J [66] qui a trouvé 51%.

Ce taux est supérieur à celui de B Diarra [68] qui a trouvé 34,7%. Ceci s'explique par le fait que notre étude n'intéressait que les parturientes avec une seule cicatrice tandis que son étude englobait tous les utérus cicatriciels (les utérus unicatriciels représentent 87,5% dans son étude).

- **Nombre de consultation prénatal :**

Dans notre Série, 50,9 % des cas avaient réalisé au moins 4 CPN, contre 51,3% des témoins. Ce taux, bien qu'encourageant, reste inférieur aux recommandations de l'OMS.

Dans la série de Bengaly M, seule 42 % des patientes avaient effectué 4 CPN ou plus.

Dans la thèse de Diarra B., ce taux atteint 47,6 %.

Dans l'étude de Kharrasse T [70] (Maroc, 2015), le taux de 4 CPN était supérieur à 60 %, montrant une meilleure couverture prénatale dans les pays à ressources plus élevées.

Ainsi, notre taux se situe dans la Moyenne malienne mais reste en dessous des standards internationaux.

La proportion élevée de CPN réalisées en CSCOM, comme dans notre étude, est aussi décrite par Kouyaté et al., mais ces structures manquent souvent d'outils pour évaluer correctement les risques liés à un utérus cicatriciel. Cela peut expliquer certaines complications observées au moment du travail.

Terme de grossesse :

La majorité des patientes ont accouché entre 37 et 40+6 SA, soit 81,9 % des cas et 86,2 % des témoins. Cette conduite obstétricale prudente est conforme à celle décrite dans la littérature.

Dans la thèse de Diarra B [68]., les utérus cicatriciels étaient conduits au terme avec surveillance accrue afin d'éviter le dépassement, principal facteur de risque de rupture utérine.

Dans l'étude de Pamphile O [71]. (Togo), 78 % des cicatricielles accouchaient également dans cet intervalle. Nos résultats sont donc cohérents avec les meilleures pratiques obstétricales, confirmant la nécessité d'un accouchement à terme optimal mais sans prolongation.

4-Prise en charge et pronostic fœtal :

Le taux de césarienne chez les utérus cicatriciels dans notre série est de 22,4 %, nettement supérieur à celui des témoins (0,4 %). Ce résultat est attendu étant donné le risque de rupture utérine et la fréquence des anomalies du rythme fœtal chez les cicatricielles.

Cependant, notre taux est inférieur à ceux observés dans plusieurs thèses :

Koni Baya (2024) : 82,7 % de césariennes Kharrasse T. (Maroc) : 59,77 %
OMBOTIME A. : 65,7 %.

La différence peut s'expliquer par : une sélection plus stricte des candidates à l'épreuve utérine, un protocole local plus permissif pour la voie basse, un profil moins à risque dans notre population (plus d'utérus unicatriciels). La souffrance fœtale aiguë, principale indication comme dans notre étude (46,5 %), est également la première cause de césarienne dans les séries de Bengaly, Diarra et Kharrasse. Ceci suggère une surveillance intrapartum encore perfectible, notamment en l'absence de monitoring continu.

Malgré ces difficultés, le pronostic fœtal était globalement bon dans notre série, avec de bons scores d'Apgar à la naissance. Ce résultat est comparable à celui de Koni Baya et de Diarra B., qui rapportaient également une morbidité néonatale faible lorsque la prise en charge était rapide et efficace.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

CONCLUSION

L'accouchement sur utérus cicatriciel est fréquent et le sera de plus en plus à cause de l'augmentation inéluctable des indications de césarienne.

La rupture utérine est une complication majeure avec un taux de mortalité non négligeable et un pronostic catastrophique.

L'information des patientes sur la nécessité d'une nouvelle césarienne est à améliorer, la sensibilisation du personnel soignant en périphérie est à développer car plus du tiers des césariennes itératives sont faites en urgence par défaut de programmation.

RECOMMANDATIONS

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

Aux Autorités :

- Renforcer le plateau technique par la dotation en appareil de monitoring,
- Renforcer le système de référence par un appui en logistique, ressources humaines et financières,
- Équiper convenablement le service de réanimation du CSRef de la commune II

Aux prestataires :

- Référer à temps les gestantes porteuses d'utérus cicatriciel
- Remplir correctement les dossiers médicaux et les compte-rendu opératoires, en y portant les renseignements sur les suites opératoires, le type d'incision utérine.
- Faire systématiquement le feed-back(rétro-information) des cas évacués.

A la communauté et aux Associations de Santé Communautaires (ASACO) :

- Sensibiliser la communauté au système de Référence/Évacuation, sur le suivi de la grossesse et l'accouchement sur utérus cicatriciels.
- Éviter le retard au recours des soins
- Abandonner les mariages précoces
- Participer à la dotation de la banque de sang par des dons volontaires réguliers

Aux femmes enceintes :

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

REFERENCES

REFERENCES :

- [1] « Traore B., Kokaina C., Beye A., Traore M., Dolo A. Césarienne au centre hospitalier de Ségou au Mali. *Med Afr Noire*, 2010 ; 57 :11. »
- [2] « Picaud A., Nlomenze A., Ogowet N., Mouely G. Les ruptures utérines. A propos de 31 cas observés au centre hospitalier de Libreville. *Rev Fr Gynécol Obstét* 1989, 84 : 411-416. »
- [3] « Deneux T. C. Utérus cicatriciel : aspect épidémiologique. *J Gyncol Obstet Biol Reprod*, 2012 ;41 :697-707 ».
- [4] « Forgeard C. Accouchement en cas d'utérus cicatriciel : recommandation pour la pratique clinique-texte des recommandations. *J Gyncol Obstet Biol Reprod*, 2012 :41 :824-830. »
- [5] « Ben amor M : Pronostic de l'accouchement de la femme antérieurement césarisée. A propos de 511 cas. Thèse de Médecine N°38, Tunis 1994. »
- [6] « Hamet Atidjani, Gallais A., Garba M. L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger : à propos de 590 cas. *Med. D'Afr. Noire* : février 2001, tome 48 (2) : 63-66. »
- [7] « Bujold E., Mehta S. H., Gauthier R. J. Interdelivery interval and uterin rupture. »
- [8] « Shipp T. D., Zelop C., Cohen A. (2003) post cesarean delivery fever and uterine rupture in a subsequent trial of Labor. *Obstet Gynecol* ; 101 :136-9. »
- [9] « Marsadier J., Goldier F., Forgeard C. Césarienne. *Traité d'Obstétrique Elsevier Masson* 2011 ; 476-481. »
- [10] « Baeta S, Tete VK ; Ihou KA ; Nyame AN, Akpadzak KS : Pronostic Obstétrical des gestantes porteuses de cicatrice de césarienne. A propos de 282 cas pris en charge au CHU de Lomé (Togo) congrès de la SAGO 2003. »
- [11] « Cissé CT, Ewagnignon E, Terolbe I, Diadhou I F. Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. *J Gynécol Biol Reprod* 1999 ; 28 ; 6 : 556-562.10. ».
- [12] Perroyin F., Marret H., Fignon A., BodyG., Lansac J : Utérus cicatriciel : la révision utérine systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement par voie vaginale est-elle toujours utile ? *J Gynécol. Obstét Biol. Réprod* 1999 ; 28 :253-262. ». Révue de littérature adaptée.

- [13] « Merger R, Levy J, Melchior J : Précis d'obstétrique, 6ème édition, Masson, Paris, 1995. »
- [14] Racinet C, Favier MF, Meddoun M. La Césarienne : indications, techniques, complications. Masson. Montpellier : 2002.
- [15] Kinenkinda X, Mukuku O, Chenge F, Kakudji P, Banzulu P, Kakoma J-B, et al. Césarienne à Lubumbashi, République Démocratique du Congo I : fréquence, indications et mortalité maternelle et périnatale. Pan Afr Med 2017 ;27 :72-6.
- [16] « Essiben F, Belinga E, Ndoua CN, Moukouri G, Eman MM, Dohbit JS, et al. La Césarienne en Milieu à Ressources Limitées : Evolution de la Fréquence, des Indications et du Pronostic à Dix Ans d'Intervalle. Heath Sci Dis 2020 ;21 ».
- [17] « Mwamba AGK. Césarienne en milieu rural du Kasai Oriental (RD Congo) : Participation des indications à l'évolution mensuelle des taux à Kasansa et Tshilenge. Rev Afr Sci Soc Santé Publique 2019 ;1 :1-13. »
- [18] « Sabatino G. Les douleurs post-césariennes. Rev Sage-Femme 2019 ;18 :135-44. »
- [19] « Who. Appropriate technology for birth. Lancet Lond Engl 1985 ;2 :436-7. »
- [20] Dr Robert Filkin. Report Edinburgh Medical Journal 2012« PANAFRICAN MEDICAL JOURNAL 2012. »
- [21] Blondel B., Kermarrec M. Les naissances en 2010 et leur évolution en 2003. Inserm-U953 Mai 2010, Paris « Collège national des gynécologues et obstétriciens français-91 Boulevard de Sébastopol-75002 Paris. »
- [22] Anne Marie Combres. Taux de césarienne maternité de Port Royal. <<123 Boulevard de Port Royal 75014 Paris 27 Février 2023. »
- [23] « A. Kepozéhouen, Y. Glèlè Ahanhanzo, M.N. Paraiso, M. Akouta, R. Salamon. Accouchement des femmes par césarienne au Bénin-Tendance et facteurs associés. Institut régional de santé publique, Université d'Abomey-Calavi, Ouidah, Bénin-Révue d'Epidémiologie et de Santé Publique-Elsevier Septembre 2023. »
- [24] « Agora-expat.com- HEALTH INSURANCE SOLUTIONS-Maternité aux Etats-Unis. Septembre 2023. »
-

- [25] « Papiernick E., Cabrol D., Pons J-C. Obstetrique (Medecine Science) Flammarion ; chapitre 92 : 1191- 1204. »
- [26] « Ouattara A. Thèse de médecine-Accouchement sur utérus cicatriciel (À propos de 570 cas) Bamako-Mali : 2004-M 101. »
- [27] « Cassagnol C., Rudigoz RC. Grossesse et utérus cicatriciel. Encycl Med Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Gynécologie/Obstetrique, 5-016-D-20, 2003,15 p. »
- [28] Paul RH., Miller DA. Cesarean birth : how to reduce the rate. Am J Obstet Gynecol 1995 ; 172 : 1903-1911
- [29] Hall MH., Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. Lancet 1999 ; 354 : 776
- [30] Greene MF. Vaginal birth after cesarean revisited. N. Eng. J. Med., 2004, 325 (25) : 2647-2649.
- [31] Meicler P., Daraie., Pinet G et AL. Rupture uterine sur uterus cicatriciel meconnu. Rev Fr. Gynecol.obstet 1991 ; 86 : 10 ; 609- 11.
- [32] Précis De Techniques chirurgicales En gynécologie par Denis Querlen.édition Masson. Paris, 1999 ; 1 : 50-55
- [33] Le Cannelier R., Bourgoïn P. Notre attitude devant une femme enceinte qui a subi une césarienne a la grossesse précédente. Presse Med 1963 ;71 : 2035 2037
- [34] Rozenberg P., Goffinet F., Phillippe HJ., Nisand L., Mesure echographique de l'épaisseur du segment inferieur pour évaluer le risque de rupture uterine. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997.
- [35] Gotoh H., Masuzaki H., Yoshida A., Yoshimura S., Miyamura T., Ishimaru T. Predicting incomplete uterine rupture with vaginal sonography during the late second trimester in women with prior cesarean. Obstet Gynecol 2000 ; 95 : 596 600
- [36] Thoulon JM. Les gestes interdits sur l'uterus cicatriciel gravide. Rev Fr Gynecol Obstet 1981 ; 76 : 135-139
- [37] Emmanuel A. uterus cicatriciel. [Http:// alcciago.free.fr](http://alcciago.free.fr).
-

- [38] Rozenberg P., Lewin D., Philippe HJ. Valeur predictive de l'examen echographique du segment inferieur en cas d'uterus cicatriciel. Rech Gynecol 1990 ; 2 : 136- 40.
- [39] Bambara M., Rouamba A., Yaro S., Ouattara H., Lankoandé J., Koné B. Accouchement sur uterus cicatriciel. A propos de 120 cas à la maternité du CHU Sanou Souro de Bobo Dioulasso- Burkina Faso. Medecine d'Afrique Noire 2007-54 : 561- 568
- [40] C., Rudigoz RC. Grossesse et utérus cicatriciel. Encycl Med Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Gynécologie/Obstetrique, 5-016-D-20, 2003, 9 p.
- [41] Saint Hilaire P., Gaucherand P., Bagou G., RUDIGOZ RC. Grossesse et uterus cicatriciel. Encycl Medicaments Chir Paris, Obstetrique 5- 030-A-20, 1992.
- [42] Nielsen TF., Ljungblad U., Hadgerg H. Rupture and dehiscence of cesarea section scar during pregnancy and delivery. Am J Obstet Gynecol 1989 ; 160 : 569-573
- [43] Rosen MG., Dickinson JC., Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean : a meta-analysis of morbidity and mortality. Obstet Gynecol 1991 ; 77 : 465-470
- [44] Camus M., Lefebvre G., Iloki LH., Seebacher J., Abbadie F. Uterus cicatriciels : accouchements par voie basse sous analgésie péridurale. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1989 ;18 : 379-387
- [45] Canis M., Schoeffler P., Monteillard C., Mage G., Bruhat MA. Accouchement par voie basse après césarienne : utilisation de l'analgésie péridurale et des ocytociques. A propos de 87 « épreuves de cicatrices ». Rev Fr Gynecol Obstet 1985 ; 80 : 49-53
- [46] Rudigoz RC, Chardon C. La césarienne en 1988, Problèmes obstétricaux poses par l'uterus cicatriciel. Rev Fr Gynecol Obstet 1990 ; 85 : 105-120
- [47] Mage G., Canis M., Schoeffler P, Monteillard C, Bruhat MA. Accouchement après césarienne : influence de l'anesthésie péridurale et du déclenchement par ocytociques. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1988 ; 17 : 27-29
-

- [48] Clark SL., Kooning PP., Phelan JP. Placenta prævia/accrete and priorcesareansection. *Obstet Gynecol* 1985 ;66 :89-92
- [49] Chattopadhyay SK., Kharif H., Sherbeeni MM. Placenta prævia and accreta after previous caesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993 ; 52 :151-156
- [50] Miller DA., Chollet JA., Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa- placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997 ; 177 : 210-214
- [51] Makhseed M., El-Tomi N., Moussa M A. retrospective analysis of pathological placenta implantation site and penetration. *Int J Gynecol Obstet* 1994 ; 47 : 127-134
- [52] Leung WC. Placenta previa and previous cesarean section. *Int J Gynecol Obstet* 1995 ; 51 : 25-31
- [53] Descargues G., Douvrin F., Degre S., Lemoine JP., Marpeau L., Clavier E. Abnormal placentation and selective embolization of the uterine arteries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001 ; 99 : 47-52
- [54] Lymperopoulou A., Hainaut F., Crimail P. Placenta percreta sur cicatrice de césarienne avec envahissement vésical. *Revue générale à propos de deux cas. Réf Gynecol Obstet* 1993 ; 88 : 380-384
- [55] Lin CC., Adamczy kCJ. Montag AG. Zelop CM., Snow JC. Placenta previa percreta involving the left broad ligamentand cervix. A Case report. *J Reprod Med* 1998 ; 43 : 839-843
- [56] Boussefiane M., Ajadat K., Bjijou Y., Belghit L., Yousfi M., Bargach S et Al. Accouchement par voie basse sur uterus cicatriciel. *j. Prat* ; 2004, XIV (3).
- [57] Aboulfalah A., Abassi H., El Karroumi M., Morsad F., Samouh N., Matar N. et al. Accouchement du gros bebe sur uterus cicatriciel : la place de l'épreuve uterine ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000 ; 29 : 409-413
- [58] Aboulfalah A., Abassi H., El Karroumi M., Himmi A., El Mansouri A. Accouchement gémellaire sur uterus cicatriciel : peut-on autoriser l'épreuve uterine ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999 ; 28 : 820-824
- [59] Brady K., Read JA. Vaginal delivery of twins after previous cesarean section. *N Engl J Med* 1988 ; 319 : 118-119

- [60] Strong TH., Phelan JP., Ahn MO., Sarno AP. Vaginal birth after cesarean delivery in the twin gestation. AmJ Obstet Gynecol 1989 ; 161 : 29-32
- [61] Asakura H., Myers SA. : More than one previous cesarean delivery : a 5 year experience with 435 patients. Obstet Gynecol 1995 ; 85 : 924-929
- [62] Guettier L., Marpeau L., Larue L., Jault T., Rhimi Z., Barrat J. Uterus Bicatriciel : peut-on autoriser la voie basse ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 1992 ; 21 : 103-107
- [63] Phelan JP., AhnMO., Diaz F, Brar HS., Rodriguez MH. Twice a cesarean, Always a cesarean. Obstet Gynecol 1989 ; 73 : 161-165
- [64] « Sidibé Y. Accouchement sur uterus cicatriciel à l'Hopital Fousseyni Daou de Kayes : (à propos de 214 cas) Bamako MALI : 10- M 155 ».
- [65] T. Wilson, « pronostic materno-foetale des accouchements sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de la commune 5 du district de Bamako », Thèse, FMOS, Bamako Mali, 2023.
- [66] J. Gana, « pronostic materno-foetale des accouchements sur utérus cicatriciel à l'hôpital Mali Gavardo de Sebenicoro », Thèse, Fmos, Bamako Mali, 2024.
- [67] « Anderson Gm Determinants Of the increasing cesarean birth rate. N Engl J Med 1994 ; 311 : 887-92. »
- [68] « Boubacar Diarra. Accouchement sur uterus cicatriciel au Csref CIV (thèse med Bamako 2009) ».
- [69] Ombotimbé A F, « Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako étude cas-témoins », Thèse, FMOS, 2025.
- [70] Kharrasse T. Pronostic materno-foetal de l'épreuve utérine sur utérus cicatriciel au CHU Hassan II. Thèse de Médecine Université Sidi Mohammed Ben Abdellah Fès. Maroc. 2015.
- [71] Pamphile O. Evaluation de l'utérus cicatriciel au CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Thèse de Médecine, Université de Lomé, 2013.

Fiche d'enquête

I Identification :

Q0 : Age ___

Q 1 : Age : /___/ 1 : ≤19 ans 2 : 20 – 35ans 3 : > 35 ans

Q 2 : Ethnie /___/ 1 : bambara 2 : malinké 3 : peulh 4 : bobo 5 : senoufo

6 : minianka 7 : sonrhäï 8 : dogon 9 : maure 10 : autres _____

Q 3 : Statut matrimonial /___/ 1. Mariée 2. Célibataire 3. Veuve

4. Divorcée

Q 4 : Profession de la patiente : /___/ 1. Fonctionnaire 2. Ménagère

3. Vendeuse/Commerçante 4. Elève/Étudiante 5. Autres.....

Q 5 : Niveau d'instruction : /___/ 1. Primaire 2. Secondaire 3. Supérieur

4. Analphabète

Q 6 : Profession du conjoint : /___/ 1 : commerçant 2 : élève /étudiant

3 : chauffeur 4 : fonctionnaire 5 : cultivateur 6 : marabout 7 : ouvrier 8 :

Autre à préciser _____

II- Antécédents de la patiente :

Antécédents gynécologiques :

Q 7 : Cycle (0-1) /___/ 0= Régulier 1= irrégulier

Q 8 : Notion d'IST (0-1) /___/ 0= Oui 1= Non

Q 9 : Métrorragie (0-1) /___/ 0= Oui 1= Non

Q 10 : Dysménorrhée (0-1) /___/ 0= Oui 1= Non

Q 11 : Contraception (0-1) /___/ 0= Oui 1= Non

Antécédents obstétricaux : G...P...V...D.c.a.... IIG....

Q 12 : Geste /___/ 1 : primigeste, 2 : pauci geste, 3 : multigeste,

4 : grande multigeste

Q 13 : Parité /___/ 1 : primipare, 2 : pauci pare, 3 : multipare,

4 : grande multipare

Q 14 : Nombre d'enfants vivants /___/

0 = Sans enfant vivant 1 :1, 2 : 2-5, 3 : ≥ 6 .

Q 15 : Nombre d'enfants décédés / ____ / 0= 1, 1= 2 - 5, 2 : ≥ 6 , 3= Aucun.

Q 16 : Nombre de morts nés / ____ / 0= 1, 1= 2, 2 = Plus de 2 3= Aucun.

Q 17 : Intervalle inter génésique / ____ / 0 : ≤ 6 mois 1 = 7- 1ans 2 : > 1 ans

Q 18 : Notion d'avortement / ____ / 0 = Spontané 1 = Provoque 2 = Aucun.

Q 19 : Dernier accouchement / ____ / 0 = Eutocique 1 = Dystocique

2 = Si 1 préciser ...

Q 20 : accouchement par voie basse avant césarienne | ____ | 1=oui 2=non

Q 21 : accouchement par voie basse après césarienne | ____ | 1=oui 2=non

Antécédents médico-chirurgicaux :

Q22- Médicaux : / ____ / 1 : oui, 2 : non

Q23- Si oui : / ____ / 1 : Asthme 2 : Candidose buccale 3 : ATCD Cardiaque 4 :

Diabète 5 : Diarrhée chronique 6 : Drépanocytose 7 HTA 8 : VIH 9 :

Aucun

Q24- Chirurgicaux : / ____ / 1 : oui, 2 : non

Q25- Si oui : ____ / 1 : GEU, 2 : Myomectomie, 3 : Kyste-ectomie,

4 : Césarienne antérieure, 5 : hystéro-plastie, 6 : hystérogaphie pour rupture

Utérine

Q 26 : Nombre de césarienne / ____ / 0 = Pas de césarienne 1 = 1, 2 = 2 ,3 = 3,

4= 4

. Q 27 : Indications de la césarienne antérieure / ____ / 0 = SFA 1 = Gros fœtus

2 = Pre. Dystocique 3 = Procidence du cordon 4 = Placenta prævia

Hémorragique 5 = HRP 6 = Dystocie cervicale 7 = Syndrome de pré-rupture 8 =

Échec de l'épreuve de travail 9= BGR 10= UC/ Bassin limite 11= DFP 12=

U. Bi / BL 13= Pre dystocique/ Cicatriciel 14= Pre dystocique/ U. Bi cicatriciel

, 15= Pre-éclampsie sévère, 16= Eclampsie 17= Diaphragme vaginal

18= Bassin immature 19= U. Tri 20 = U. Quadri cicatriciel

Q 28 : Type d'hystérotomie / ____ /

0 = Segmentaire transversale 1 = Corporéale. 3 : autres _____

Q 29 : Suites post chirurgicaux / ___ / 0 = Simples 1 = Compliquées 2 = Si 1

Préciser _____

Antécédents Familiaux :

Q 30 : gémellité|___| 1=oui 2=non 17.hta|___| 1=oui 2=non

Q 31 : diabète |___| 1=oui 2=non 19. Drépanocytose|___| 1=oui

2=non 20.

Autres |___| 1=oui 2=non 21.si autres à préciser :

III Mode d'admission :

Q 32 : Venue d'elle-même / ___ / 0 = Oui 1 = Non

Q 33 : Referee / ___ / 0 = Oui 1 = Non

Q 34 : Evacuée / ___ / 0 = Oui 1 = Non

Q 35 : Lieu de Réf / Evacuation / ___ / 0 = Pablo valentin, 1=ben kadi,
2=ASACO-BAG, 3= BOGNIABA 4= ASACOHI, 5= ASACOMI, 6=, 7=
ASACOME

8=EVANGELIQUE, 9= 10=, 11=, 12 autres _____

Q 36 : Motif / ___ / 0 = Hémorragie 1 = CUD 2 = Souffrance fœtale aigue

3 = Dilatation stationnaire 4= césarienne prophylactique 5= UC 6= U. bi

7= U. Tri

Q 37 : Moyens / ___ / 0 = Ambulance 1 = Taxi 2 = Voiture personnelle 3 = moto

4= autres _ _ _ _ _

Q 38 : Support de référence / ___ / 0 = Partogramme 1 = Fiche de référence

2 = Carnet CPN

Q 39 : si autres à préciser :

Q 40 : traitement reçu avant évacuation :

IV- Examen clinique à l'admission :

Q 41 : Taille de la patiente /___/ 0 : $\leq 150\text{cm}$ 1 : $\geq 150\text{cm}$

Q 42 : Température maternelle /___/ 0 : $< 37^\circ\text{c}$ 1 = $37 - 37,5^\circ\text{c}$

2 = $37,5 - 38^\circ\text{c}$ 3 : $> 38^\circ\text{c}$

Q 43 : TA|___| mmhg

Q 44 : Consultation prénatale /___/ 0 = Oui 1 = Non

Q 45 : Lieu de CPN /___/ 0 = CSC om 1 = CSRef 2 = Maternité rurale

3 = garnison 4 : aucun

Q 46 : Nombre de CPN / ___ / 0 = 0 1 = 1 - 4 2 = > 4

Q 47 Période de la 1ere CPN /___/ 0 = 1er trimestre 1 = 2 -ème trimestre

2 = 3ieme trimestre

Q 48 : Auteur de CPN /___/ 0 = Médecin 1 = Sage-femme 2 = Matrone

3 = Autres __ _

Q 49 : Conjonctives /___/ 0 = Bien colorées 1 = Moyennement colorées

2 = Pales

Q 50 : Hauteur utérine /___/ 0 : $< 33\text{cm}$ 1 : $33 - 36\text{cm}$ 2 : $> 36\text{cm}$

Q 51 : Terme de la grossesse /___/ 0 : $< 37\text{SA}$ 1 : $37 - 42\text{SA}$ 2 : $> 42\text{SA}$

Q 51' : Nature de la grossesse /___/ 0 : Unique 1 : Gémellaire

Q 52 : La fréquence des BDCF J1 /___/ J2/___/

0 = BDCF absents 1 = $< 120\text{bat}/\text{min}$ 2 : $120 - 160\text{bat}/\text{min}$ 3 : $> 160\text{bat}/\text{min}$

Q 53 : Contractions utérines /___/

0 = Absence de contraction 1 = Normale 2 = Hypercinésie 3 = Hypocinésie, 4 =

Hypertonie

Q 54 : Poche des eaux /___/ 0 = Intacte 1 = Rompue (date et heure __ _

___ _ _ _)

Q 55 : Type de rupture /___/ 0 = précoce 1 = prématurée 2 = artificielle

3 : spontanée 4 : temp estive

Q 56 : Aspect du liquide amniotique / ___ /

0 = Clair 1 = Teinte 2 = Méconial 3 = Sanglant 4 = Autre _____

Q 57 : Type de présentation J1/ ___/ J2/ ___/ 0 = Céphalique 1 = Siege

2 = Transversal

Q 58 : Hémorragie / ___ / 0 = Oui 1 = Non

Q 59 : Dilatation du col / ___ / 0 = Phase de latence 1 = Phase active 3= expulsive

4= col ferme

Q 60 : Bassin / ___ / 0 = Normal 1 = Généralement rétréci 2 = Limite

3 = Asymétrique

V-Voie d'accouchement

Q 61 : accouchement par voie basse |___| 1=oui 2=non

Q 62 : si oui le type|___| 1=naturel 2=dirigé 3=provoqué

Q 63 : extraction instrumentale|___| 1=oui 2=non

Q 64 : si oui à préciser|___| 1=forceps 2=ventouse

Q 65 : complication accouchement voie basse|___| 1=oui 2=non

Q 66 : si oui à préciser|___| 1=déchirure du périnée 2=déchirure du col 3=bosse
séro-sanguine

4=état de choc 6=autres à préciser

Q 67 : accouchement voie haute|___| 1=oui 2=non

Q 68 : si oui indication :

Q 69 : existence rupture utérine à l'ouverture|___| 1=oui 2=non

Q 70 : siège rupture|___| 1=segmentaire 2=fundique 3=latérale 4=corporéo
antérieure

5=corporéo postérieure 6=autres à préciser :

Q 71 : y'a-t-il eu l'atteinte du pédicule vasculaire au cours de la rupture|___|

1=oui 2=non

Difficulté opératoire

Q 72 : anomalie de la paroi|___| 1=oui 2=non

Q 73 : si oui à préciser :

Q 74 : présence de varice|___| 1=oui 2=non

Q 75 : si oui préciser le siège|___| 1=segment inférieur 2=autres à préciser :

Q 76 : accès au segment inférieur|___| 1=facile 2=difficile

Q 77 : adhérence comme difficulté|___| 1=oui 2=non

Q 78 : état de la cicatrice|___| 1=bon 2=mauvais

Q 79 : autres|___| 1=oui 2=non

Q 80 : si oui à préciser :

Q 81 : transfusion sanguine|___| 1=oui 2=non

Q 82 : si oui quantité utilisée|_____|ml

VI-Complications opératoires

Q 83 : complications per opératoire| ___| 1=oui 2=non

Q 84 : si oui à préciser|___| 1=hémorragie 2=trouble de la coagulation

3=hémorragie utero-placentaire 4=lésion vasculaire 5=autres

Q 85 : si autres à préciser :

Q 86 : lésions urinaires|___| 1=vésicale 2=fistule vésico-vaginale 3=lésion
urétérale

4=autres à préciser :

Q 87 : lésions intestinales|___| 1=oui 2=non

Q 88 : si oui à préciser :

Q 89 : mort maternelle|___| 1=au cours de l'acte chirurgical 2=avant l'acte
chirurgicale

Q 90 : complications anesthésiques|___| 1=oui 2=non

Q 91 : si oui à préciser :

Q 92 : complications post opératoire|___| 1=oui 2=non

Q 93 : si oui à préciser|___| 1=endométrite 2=infection urinaire 3=sep sis et
infections graves

4=suppuration et abcès de paroi 5=choc hypovolémique

Q 94. hémorragie post opératoire|___| 1=oui 2=non

Q 95 : complications digestives|___| 1=oui 2=non

Q 96 : si oui à préciser :

Q 97 : maladie thromboembolique|___| 1=oui 2=non

Q 98 : complications diverses|___| 1=oui 2=non

Q 99 : si oui à préciser :

VII- Délivrance

Q 100 : nature|___| 1=spontanée 2=artificielle 3=active

Q 101 : intégrité des membranes|___| 1=oui 2=non

Q 102 : révision utérine systématique|___| 1=oui 2=non

Q 103 : déhiscence ou rupture objective|___| 1=oui 2=non

Q 104 : hémorragie de la délivrance|___| 1=oui 2=non

Q 105 : si oui cause à préciser :

Q 106 : mort maternelle|___| 1=oui 2=non

Q 107 : si oui cause à préciser :

VIII- Nouveau-né

Q 108 : nombre|___|

Q 109 : état à la naissance|___| 1=vivant 2=mort-né

Q 110 : Apgar à la 1ère min|____|

Q 111 : Apgar à la 1ère min du deuxième enfant|____|

Q 112 : Apgar à la 5ième min|____|

Q 113 : Apgar à la 5ième min du deuxième enfant|____|

Q 114 : poids|_____|g

Q 115 : poids deuxième enfant|_____|g

Q 116 : prématurité|___| 1=oui 2=non

Q 117 : sexe|___| 1=féminin 2=masculin

Q 118 : sexe deuxième enfant|___| 1=féminin 2=masculin

Q 119 : décès néonatal|___| 1=oui 2=non

Q 120 : si oui préciser âge|_____|jours

IX- Etat de la mère après l'accouchement

Q121 : Vivante /___/0 = Oui 1 = Non 2 = Si oui préciser son état général

Q122 : Décédé /___/ 0 = Oui 1 = Non 2 = Si oui préciser la cause

X- Suites de couches

Q 123 : montée laiteuse|___| 1=avant 3 jours 2=après 3 jours

Q 124 : pathologie de suites de couche|___| 1=oui 2=non

Q 125 :si oui préciser|___| 1=état de choc 2=anémie du post partum 3=mastite
4=septicémie

5=endométrite 6=psychose puerpérale 7=autres à préciser :

XI- Hospitalisation

Q 126 : durée d'hospitalisation|_____|jours

Q 127 : ligature résection des trompes|___|= 1=oui 2=non

Fiche signalétique

NOMS : SIDIBE

PRENOM : SIAKA

Téléphone et email : +22370622560 (siakasadibe750@gmail.com)

TITRE : Pronostic maternel et fœtal des accouchements sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de commune II du District de Bamako

Année universitaire : 2023-2024

Ville de soutenance : Bamako (Mali)

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).

Secteur d'étude : Gynécologie-Obstétrique

RESUMÉ :

Durant notre étude prospective et transversale du 1er janvier au 31 décembre 2024 sur le pronostic maternel et fœtal des accouchements sur utérus cicatriciel, 116 cas ont été recensés à la maternité du CSRef CII soit une prévalence de 4,8%.

Nous n'avons sélectionné que des utérus unicatriciel. La césarienne était la seule cause de cicatrice utérine soit 100% des cas.

Dans 7,8% des cas l'accouchement s'est fait par césarienne et dans 92,2% des cas par voie basse.

Dans notre série la césarienne (prophylactique ou d'urgence) était réalisée dans les situations suivantes sur cicatrice utérine : bassin cliniquement chirurgical, intervalle inter gésique court, présentation de siège, HTA/prééclampsie, HRP, RPM, souffrance fœtale, hypocinésie de fréquence, dépassement de terme, grossesse gémellaire, macrosomie, syndrome de préruptue utérine).

L'épreuve utérine a été réalisée dans 65,3% des cas (786/1203) pour lesquelles 94,8% ont accouchées par voie basse contre 5,2% par voie haute par suite d'échec de l'épreuve utérine. Mots clés : Accouchement, utérus cicatriciel, épreuve utérine, césarienne

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de 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 leurs pères.

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

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

Je le jure !