

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....

THEME

**ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE DANS UN
CONTEXTE D'UTERUS MULTICICATRICIEL :
ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE ET PRONOSTIC
MATERNO-FŒTAL A L'HOPITAL NIANANKORO
FOMBA DE SEGOU**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le/...../2022 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par **M. Abdoul Karim BALLO**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

Jury

Président : **Pr Bakary Tientigui DEMBELE**

Membres : **Pr Broulaye Massaoulé SAMAKE**

Pr Seydou FANE

Directeur : **Pr Youssouf TRAORE**

Co-directeur : **Dr Tidiani TRAORE**

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

- **A Mon père : Kary BALLO**

Que dire de toi, sinon que je te dois tout. Altruiste, courageux, humble, combattant actif dans la vie, tu es ma fierté. Puisse ce jour solennel être pour toi non seulement une occasion de réjouissance, de fierté mais aussi de témoignage de toute mon affection et de tout mon attachement profond. Merci père ! Que Dieu te garde encore longtemps auprès de nous pour que tu puisses cueillir les fruits mûrs pour l'entretien desquels tu as tant souffert. Que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction. Amen !

- **A ma Mère: Bintou SAGARA**

L'espoir que tu as toujours sur ton fils va se matérialiser. Ton fils s'occupera toujours bien de toi. Puisse Le Tout Puissant t'accorder santé, longévité et prospérité auprès de tes enfants. Amen ! Merci maman.

- **A mon frère et sœur : Aboubakrin BALLO et Adiara BALLO ;**

En reconnaissance du soutien fraternel, courage et persévérance dans la voie tracée par les parents.

Soyons et restons unis dans la vie. Seul le travail est souverain pour éviter l'humiliation et vaincre l'ennemie Puisse le tout Puissant nous donne longue vie et bonne santé pour accomplir ce devoir.

Puisse la sincérité avec laquelle nous nous sommes aidés demeurer inébranlable. Ce travail est aussi le vôtre.

- **A mes Oncles : Seydou SAGARA, Feu Seydou DOLO et leur famille**

Merci pour votre soutien sur tout le plan. Il m'a été d'un grand secours. En

témoignage à votre affection et hospitalité ce travail est aussi le vôtre.

- **A tous mes tontons et mes tantes:** Merci pour votre soutien de tous les jours et votre amour. Soyons unis pour porter haut le nom de la famille. Ce travail n'est qu'un exemple, je pense que vous ferez mieux que moi. Sachez que je vous aime très fort.
- **A mes camarades de promotion** je me préserve de citer les noms, par crainte d'en oublier certains, aujourd'hui est un jour important pour moi alors je profite pour vous faire part de mes sincères remerciements.
- **A mes Amis:** Adama TRAORE, Mamadou KONE, Aboubacar S KANTA, Bablé TRAORE, Boubacar TRAORE en souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent. Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide.

J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et mes secrets. Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que privée. Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS :

Au corps professoral de la FMOS.

Pour la qualité de votre enseignement et éducation scientifique. Trouvez ici l'expression de toute notre reconnaissance.

Au personnel du service de maternité de l'hôpital régional de Ségou :

- **Service de maternité :** Feu Dr Chiaka Kokaïna, Dr Tidiani Traoré, Dr Ibrahim Donigolo, Dr Diassana Alima Sidibé, Dr Sidibé Kassoum ; Dr Babou Traore ; Dr Adama Coulibaly, Dr Sidibé Boubacar, Dr Abdrahamane Diarisso, Dr Diarra Salif, Dr Traore Moussa ; Dr Haidara Ahmed ; Dr Doumbia Brahma, Dr Coulibaly Alkali, Dr Diarra Kabayi.
- **Aux sage-femmes :** Kadia founè Sangaré, Oumou Cissé, Wouri Diallo, Fatoumata Z Sangaré, Awa Sidibé, Nana Coulibaly, Bintou Dabo, Massaran Adiawiagoye, Kadidia Traoré, Mariam N Tangara, Hawa Barro, Djènèba Coulibaly, Rokia Diawara, Fatoumata Bamoye Maiga ; Ina ourou Ba, Zalika Maiga, Fadi Yattara, Aminata Fané.
- **Aux infirmières Obstétriciennes :** Maimouna Bouare, Bintou Kelepily, Hawa Diawara, Tiédo Sow, Nastou Camara, Sogona Doumbia, Trèna Berthé, Coulibaly salimata, wandé Niang, Rokia Kouyaté, Fanta Sanogo, Aminata Coulibaly, Mariam Danté, Assétou Diarra, Badji Tawati, Korika Samaké.

Aux collègues internes et externes : Feu Demba Mariko, Mariam koureichy, Moussa Samaké ; Fousseyni Kodio ; Issouf Djiré ; Azer Diarra ; Drissa Coulibaly ; Sabéré Koné ; Sory Diallo ; Rokia Diarra. La bonne ambiance qui régnait entre nous m'a profondément marqué. Je m'en souviendrai longtemps.

A mes collaborateurs du bloc opératoire.

A tous mes enseignants du premier cycle, second cycle et du lycée.

A tous mes collègues du premier cycle, second cycle et du lycée.

A tous les membres de mon groupe d'exposé à la FMOS :

Dr Maiga Seydou ; Dr Karambé M ; Dr Coumaré Soumaila ; Dr Maiga Alassane.

Tout le personnel de la bibliothèque de la FMPOS pour son soutien



**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre Maître et Présidente du Jury :

Pr Bakary Tientigui DEMBELE

- Professeur agrégé en chirurgie digestive à la FMOS.
- Chirurgien généraliste au CHU Gabriel Touré.
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.
- Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (L'INFSS)
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA).
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F).

Cher Maître,

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie font de vous un maître exemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher Maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

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

Amen !

A notre maître et juge:

Professeur Broulaye Massaoulé SAMAKE

- Professeur titulaire en anesthésie réanimation,
- Chef de service d'anesthésie réanimation du CHU Gabriel TOURE,
- Membre de la société d'anesthésie réanimation et de médecine d'urgence du Mali (SARMU Mali),
- Membre de la société Française d'anesthésie réanimation (SFAR),
- Membre de la société d'anesthésie réanimation de l'Afrique noir francophone (SARANF)

Cher Maître,

C'est un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous avons été séduits par votre grande simplicité et votre rigueur dans le travail bien fait.

Soyez rassurée, cher maître de notre profond respect.

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

Amen !

A notre maître et juge:

Professeur Seydou FANE

- Praticien hospitalier au service de Gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré,
- Maître-assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie,
- Diplômé d'un master II en santé publique.

Cher maître,

1. *C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi les membres du jury, pour juger ce travail.*
2. *Nous avons été émerveillés par votre amour pour le travail bien fait. Votre rigueur dans la démarche médicale, vos conseils et votre disponibilité ont été d'une aide précieuse pour la réalisation de ce travail.*

Soyez rassuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

Que Dieu réalise vos vœux

A notre Maître et Co-directeur de thèse

Docteur Tidiani TRAORE

Spécialiste en gynécologie obstétrique ;

- Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de régional de Ségou ;
- Membre de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO) ;
- Chef de service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.
- Maître de recherche.

Cher Maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service. Votre abord facile, votre rigueur scientifique et la qualité de votre enseignement ne peuvent que rehausser l'amour pour la gynécologie obstétrique. Nous avons découvert vos connaissances sans limite et toujours d'actualité, vos qualités de formateur et votre respect pour les autres.

Vous êtes pour nous plus qu'un maître mais un père.

En témoignage de notre reconnaissance indéterminée, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre sincère gratitude et profond attachement.

Que Dieu réalise vos vœux

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Youssouf TRAORE

- Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;
- Praticien gynécologue obstétricien au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré ;
- Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) du Mali ;
- Titulaire de deux diplômes universitaires de Méthodologie et de recherche clinique Bordeaux II,
- Vice-président de la Société Africaine Gynécologie Obstétrique (SAGO),
- Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO)
- Trésorier de AFOG
- Vice membre de la FeFOG
- Membre de SOCHIMA
- Enseignant-chercheur.

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en nous confiant ce travail.

Professeur émérite de classe exceptionnelle,

Vous avez dans vos mains aujourd'hui l'avenir de la société malienne de gynécologie obstétrique du Mali.

Nous vous souhaitons d'avoir les ressources et la bénédiction nécessaires pour rehausser son image à un niveau international.

Vous êtes pour la nouvelle génération d'apprenants une source d'espoir et un modèle à suivre.

Qu'Allah le Tout Puissant, vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de votre expérience. Amen!

ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

ATCD: Antécédent

AFOG: African Federation of Obstetrics and Gynecology

ALR: Anesthésie locoregional

BGR : Bassin généralement rétréci

BW : Bordet-Wassermann

BPN : Bilan prénatal

BL : Bassin limite

BCF : Bruits du Cœur fœtal

CHU GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CHU PG : Centre Hospitalier Universitaire Point G

Cm : Centimètre

CPN : Consultation Prénatale

CPNR : consultation prénatale recentrée

Cscom : Centre de Santé Communautaire

Csréf : Centre de Santé de Référence

CV : Commune V

DPPNI : Décollement Prématuro de Placenta Normalement Inséré

EDS : Enquête Démographique et de Santé

FeFOG : Fédération francophone d'obstétrique et gynécologie

GEU : Grossesse extra utérine

Gr / Rh : Groupage rhésus

HRP : Hématome de Rétro-Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

HU[↑] : Hauteur Utérine excessive

HPPI : Hémorragie du postpartum immédiat

Hb : Hémoglobine

HIV : virus de l'immunodéficience humaine

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IO : Infirmière obstétricienne

IC : Intervalle de confiance

J₁ : Premier jumeau

L5 : Cinquièmes vertèbre lombaire

LRT : Ligature et résection des trompes

M : Mètre

Mm : millimètre

MmHg : Millimètre de Mercure

MPN : Mortalité Périnatale

MNF : Mort-né frais

MNM : Mort-né macéré

NB : Nota Bénin

Nné : Nouveau-né

n : Effectif

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Ordre ratio

PP : Post-partum

PF : Planning Familial

PPH : Placenta préavis hémorragique

PRP : Promonto retro pubien

PNP : Politique Normes et Procédures

PTME : Prévention de la transmission mère enfant

P : probabilité

% : Pourcentage

RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

RU : Rupture Utérine

FVU : Fistule vésico- utérine

RR : Risque relative

Réf : Référence

Réa : Réanimation

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAT : Sérum Antitétanique

SIDA : Syndrome Immunodéficience Acquise

SOMAGO : Société malienne de gynécologie-obstétrique

SOCHIMA : Société de la chirurgie du Mali

SAGO : Société africaine de gynécologie obstétrique

SFA : Souffrance fœtale aigue

TOXO : Toxoplasmose

TE : Test d'Emmel

UC; Utérus cicatricial

USAID : Agence des Etats-Unis pour le développement international

USA: United states of America

SOMMAIRE

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| REMERCIEMENTS : | V |
| I. INTRODUCTION : | 2 |
| OBJECTIFS : | 5 |
| II. GENERALITES : | 7 |
| III. METHODOLOGIE : | 27 |
| IV. RESULTATS : | 31 |
| V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION : | 47 |
| VI. CONCLUSION : | 64 |
| VII. RECOMMANDATIONS : | 65 |
| VIII. REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES : | 67 |
| ANNEXES : | 74 |

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

L'utérus multi cicatriciel est un utérus porteur de deux ou plusieurs cicatrices à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme [1].

Les deux dernières décennies ont coïncidé avec augmentation rapide du taux de césarienne dans la plupart des pays, y compris ceux en développements. Ainsi l'obstétricien est de plus en plus confronté aux problèmes de l'accouchement sur utérus cicatriciel [1].

La fréquence des accouchements sur utérus multicicatriciel a largement augmenté au cours de ces vingt dernières années, aussi bien au niveau national qu'international.

Les taux d'utérus multicicatriciel rapportés par la littérature sont de 52,2% en France, 24% au Pays-Bas, 27,2% aux Etats-Unis [2].

En Afrique la fréquence est de 16,6% au Cameroun, 20,2% au Sénégal et 20,40% au Mali [3,4,1].

L'utérus cicatriciel est un facteur de mortalité maternelle, dans les pays développés cette mortalité est surtout due à l'hémorragie de la délivrance tandis que dans le tiers monde elle incombe en plus de l'hémorragie de la délivrance à la rupture utérine [5].

Dès 1986, avec l'initiative « pour une maternité à moindre risque » l'organisation mondiale de la santé (OMS) préconisait que la surveillance de l'accouchement et la détection précoce des dystocies soient retenue comme l'une des approches les plus importantes pour réduire la mortalité maternelle. La proposition d'utiliser la césarienne pour améliorer de façon continue la qualité des soins obstétricaux répond à ces priorités [6].

La pratique obstétricale réalisée par la grande majorité des soignantes pour ces parturientes est la césarienne [7]. La raison majeure de cette voie d'accouchement

s'explique par le risque de rupture utérine, qui dans cette population estime comme trop important.

La césarienne est systématique après deux césariennes antérieures. Cependant malgré tout l'intérêt accorde à la santé maternelle et périnatale [8].

La césarienne est un accouchement artificiel après l'ouverture chirurgicale de l'utérus. Cette définition exclus l'extraction d'un fœtus de la cavité abdominale après rupture utérine, ou en cas de grossesse abdominale [9].

En France, un peu moins de la moitié des césariennes réalisées sont programmées [6]. De nos jours des parturientes devant normalement bénéficier de la césarienne prophylactique se présentent dans nos salles d'accouchement en travail. Conscient de cela et du fait qu'aucune étude n'avait été menée sur accouchement sur utérus multicicatriciels à l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou, il nous a paru nécessaire d'initier cette étude en nous fixant les objectifs suivants :

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1.Objectif Général :

Etudier l'accouchement par césarienne dans un contexte d'utérus multicatriciel : Aspect épidémiologique et pronostic materno-fœtal à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

2. Objectif Spécifiques :

- Déterminer la fréquence de l'accouchement par césarienne dans un contexte d'utérus multicatriciel ;
- Décrire l'aspect épidémiologique de l'accouchement par césarienne dans un contexte d'utérus multicatriciel ;
- Déterminer le pronostic materno-fœtal.

GENERALITES

II. GENERALITES

2.1. Définition de l'utérus cicatriciel

L'utérus cicatriciel est tout utérus porteur d'une ou de plusieurs incisions ou plaies ayant intéressées en partie ou en totalité la paroi utérine, qui siègent en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme. Et survenant pendant ou en dehors de la grossesse [10].

Nous excluons de cette définition, les cicatrices intéressant exclusivement la séreuse ou la muqueuse (myomectomie d'un myome sous séreux pédiculé, cure de synéchie) Ces dernières ne modifient pas les caractéristiques du muscle utérin et de ce fait ne représentent pas de zone de fragilité utérine lors de la grossesse ou de l'accouchement.

On distingue :

- * Les cicatrices utérines obstétricales (post césarienne) sont les plus fréquentes et posent plus de problèmes concernant leur qualité au cours des grossesses ultérieures.
- * Par contre, les cicatrices gynécologiques sont moins fréquentes et ont la réputation d'être de meilleure qualité

2.2. CESARIENNE :

2.2.a – Définition :

C'est un accouchement artificiel après l'ouverture chirurgicale de l'utérus. Cette définition exclut l'extraction d'un fœtus de la cavité abdominale après rupture utérine, ou en cas de grossesse abdominale. Exécuté le plus souvent par voie abdominale, exceptionnellement par voie vaginale. Il s'agit d'un acte obstétrical très ancien donc les origines sont très controversées et subi des innovations à travers les temps [9].

La césarienne est un acte opératoire pratiqué dans un bloc opératoire. Tout d'abord, la patiente préalablement perfusée reçoit une anesthésie locale : rachianesthésie ou

anesthésie péridurale. Selon le contexte, la patiente peut au contraire bénéficier d'une anesthésie générale. Elle est placée en décubitus dorsal puis monitorée : surveillance de la tension artérielle, du pouls, de la saturation et de la conduction cardiaque. Après la pose d'une sonde urinaire à demeure, deux désinfections cutanées successives du site opératoire sont réalisées. L'ordre de ces différentes actions est variable selon que la césarienne est effectuée de manière programmée ou dans l'urgence. Par ailleurs, la tonte sus-pubienne, la prise d'antiacides, la désinfection cutanée la veille et le jour J sont réalisées avant l'entrée au bloc opératoire dans le cas d'une césarienne programmée.

Plusieurs techniques de césarienne sont réalisables. Les techniques de Pfannenstiel et de Joël-Cohen sont majoritairement utilisées pour les utérus bi cicatriciels. Elles consistent en une incision transversale de la peau d'une dizaine de centimètres, trois centimètres au-dessus de bord supérieur du pubis, puis en l'incision de l'aponévrose au bistouri et aux doigts. Le décollement vésical n'est pas nécessaire. Enfin, le chirurgien réalise une hystérotomie segmentaire transversale pour sortir le fœtus. La délivrance est dirigée, plutôt que manuelle et immédiate. L'aspiration du liquide amniotique et des éventuels saignements est accomplie et la fermeture comprend la suture de l'utérus en un ou deux plans, la suture de l'aponévrose pariétale et de la peau [9].

2.2.b- Historique de l'utérus cicatriciel

L'historique de l'utérus cicatriciel revient essentiellement à celle de la césarienne. En effet, la principale étiologie des cicatrices utérines est obstétricale.

Quand et où la pratique de la césarienne fit-elle pratiquée pour la première fois ? Quoiqu'apparemment on ignore d'une manière exacte et précise le temps et le lieu de la première pratique de la césarienne ; on l'associe généralement à la naissance chirurgicale de Jules Cæsar.

La césarienne aurait été exécutée auparavant sur une mère morte ou agonisante et cela comme tentative de sauvegarde d'un bébé resté vivant dans l'utérus de sa mère.

Par ailleurs, d'autres origines latines précisent que le terme césarien a été dérivé du verbe (Cæsar » qui signifie couper.

Jusqu'aux XVI et XVII siècles, le procédé était connu en tant qu'opération de césarienne. Cette dernière a été la suite remplacée par le terme section après la publication du livre de JAQUE GUILLIMEAU sur l'obstétrique en 1598 [10].

En 1500 JACOB NUFER effectua une opération chirurgicale (la césarienne) sur son épouse après plusieurs jours de travail et avec l'aide de treize sage-femmes. Comme son épouse ne put livrer son bébé, le mari désespéré, prit la décision d'essayer une césarienne et cela après une permission sollicitée et acceptée des autorités locales. La mère avait vécu et plus tard, elle avait donné naissance normale à cinq enfants y compris des jumeaux.

L'histoire de la médecine précise aussi que les premières Césariennes réussies avaient eu lieu dans des régions rurales éloignées manquant de personnel médical, et d'équipement. Il fallut attendre la 2^{ème} moitié du XIX -ème siècle pour que naissent en Europe et aux Etats-Unis des hôpitaux spéciaux pour des maladies de femmes.

A cette époque, la chirurgie avait beaucoup évolué techniquement et professionnellement. L'hôpital de l'état de New York, 1867 : un des premiers grands hôpitaux de l'Amérique pour les maladies des femmes. D'autre part, même si les médecins ainsi que les patientes avaient tendance à recourir à la césarienne ; le taux de mortalité maternelle postopératoire restait élevé à cause de la septicémie et des problèmes des infections chirurgicales, et aussi par ce que les chirurgiens, au début, avaient peur de suturer l'incision utérine : ils estimaient que les points – internes qui ne pourraient pas être enlevés pourraient être à l'origine des infections et causeraient

même une rupture utérine au cours des grossesses ultérieures. De plus, ils croyaient que les muscles utérins se contractent et se ferment spontanément alors que ce n'était pas toujours le cas, car certaines femmes meurent aussi à cause de saignement et non principalement d'infection.

En 1882, MAX SAUMLNGER utilisa les points argentés de fil pour les sutures internes après avoir été développées par le gynécologue américain, J. MARION SIMS. Celui-ci avait inventé auparavant ces sutures pour traiter les fistules vaginales résultant d'un accouchement traumatique.

Ensuite, après une longue période durant laquelle, on ne pratiquait que des césariennes corporeales, l'obstétricien britannique MUNRO KERR mit au point au début du XXe siècle l'incision transversale au niveau du segment inférieur [11]. Depuis, cette incision deviendra très populaire et sera pratiquée par les obstétriciens à cette époque.

Enfin, le développement des techniques utilisées dans les césariennes, la pratique de l'anesthésie, l'antisepsie, et l'avènement des antibiotiques avaient largement contribué à l'amélioration de pronostic maternel et à la réduction des taux d'infection et de rupture utérine au cours des grossesses survenues dans le passé et celles qui surviendront dans la future

2.2.c- Indications :

Les indications d'une césarienne sont multiples. Il peut s'agir d'une indication fœtale : anomalies du rythme cardiaque, hypotrophie sévère, malformations. Il peut s'agir d'une indication maternelle : antécédent de déchirure du périnée complet, infections, bassin chirurgical et enfant eutrophe, séquelle de poliomyélite. Il peut également s'agir d'une indication dystocique : présentation transverse, épaule, front, stagnation de la dilatation cervicale mais aussi d'une indication funiculaire (procidence du cordon) ou annexielle comme un placenta recouvrant, un fibrome prævia.

En 2008, le taux moyen de césarienne a été estimé à 32,3% aux Etats-Unis tandis que le taux national français a été estimé à 21% dans l'enquête périnatale de 2010. Dans les années 70, le taux de césarienne dans les pays développés variait entre 3% et 5%.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer l'inflation de ces taux.

Dans les quatres dernières décennies la surveillance obstétricale a beaucoup progressé. La meilleure résolution des échographies et l'utilisation des Doppler dans le milieu obstétrical ont permis une surveillance accrue du fœtus. Ainsi, lorsque celui-ci montre des signes d'hypotrophie sévère à un terme viable, la césarienne est indiquée pour sauvetage fœtal. Le développement de la gestion de la prématurité permet aujourd'hui de prendre en charge des fœtus à des termes précoces. D'après l'OMS, le seuil de viabilité correspond à un terme supérieur ou égal à 22 semaines d'aménorrhée et/ou un poids de naissance supérieur ou égal à 500 grammes. De ce fait, indirectement, la meilleure prise en charge de la prématurité influe sur l'inflation du taux de césarienne dans les pays développés. L'amélioration des techniques des césariennes et la diminution des risques infectieux autorisent également aujourd'hui à pratiquer plus largement cet acte chirurgical. Par ailleurs, la pratique d'une césarienne grève le pronostic obstétrical pour la grossesse suivante. Ainsi, pratiquer plus largement des césariennes mène inéluctablement à l'inflation de ce taux dans l'avenir. Par conséquent, plus d'une femme sur cinq accouche en moyenne par césarienne chaque année en France [12].

2.3. Les types de l'utérus cicatriciel

2.3.1 Les cicatrices obstétricales

2.3.1.a. La cicatrice corporéale

La section utérine peut être longitudinale ou transversale sur la face antérieure, sur le fond voire même sur la face postérieure. Indiquée en cas d'impossibilité d'abord du segment inférieur particulièrement lors de présentation transverse.

L'évolution de cette cicatrice dans les suites opératoires est habituellement simple, mais si celles-ci compliquent d'infection, il peut se produire une désunion de la paroi dans une zone inflammatoire ou des fistules utéro-pariétales. Ce qui est important à retenir, c'est que même si l'évolution post opératoire est parfaitement simple, l'avenir lointain peut être grevé par la mauvaise qualité habituelle de la cicatrice.

En effet, les cicatrices corporéales entraînent un risque majeur de rupture utérine aux alentours de 12% [13].

2.3.1.b. La cicatrice segmentaire

Le segment inférieur développé enfin de grossesse est une zone mince et peu contractile, de structure lamellaire, recouverte de péritoine décollable.

On peut y réaliser 2 types.

2.3.1.b.1 Césarienne segmentaires transversale

Elle a l'avantage d'être purement segmentaire. Le tracé de l'incision est légèrement arciforme à concavité supérieure et ne risque pas de se prolonger vers le haut.

2.3.1.b.2 Césarienne segmentaire verticale

L'incision verticale présente un avantage théorique lorsqu'on opère un utérus mal formé, de type unicorne ; ou bien encore lorsqu'on doit aborder un placenta antérieur. Cette incision a l'avantage de mettre à l'abri les pédicules vasculaires utérins de même

que les uretères notamment le gauche qui sont quelque fois menacés par l'hystérotomie transversale.

Cette technique est cependant un peu plus délicate que l'hystérotomie transversale puisqu'il faut effectuer un décollement péritonéal très poussé d'abord vers le haut, puis surtout vers le bas pour obtenir le dégagement quasi complet de toute la face antérieure du segment inférieur. Une telle prolongation corporeale de l'incision segmentaire verticale est le principal inconvénient de ce type d'incision. La blessure de la vessie constitue un autre de ces inconvénients.

Ces deux types de cicatrice ont comme particularité le fait qu'elles sont plus solides que les cicatrices corporeales, autorisant l'accouchement par voie basse.

La fréquence des ruptures sur césarienne segmentaire est très faible de 1% [14], et ces ruptures sont en général de bon pronostic, n'entraînent pas de grand risque maternel et fœtal.

2.3.1.c. Les cicatrices segmento-corporeales

L'incision faite est longitudinale, commencée le plus bas possible, elle remonte à la demande sur le corps utérin pour obtenir l'ouverture nécessaire et suffisante à l'extraction fœtale.

Ce type de cicatrice a enfin un pronostic similaire de la corporeale [11].

2.3.1.d. La mini césarienne pour interruption de grossesse au 2ème trimestre

C'est une césarienne obligatoirement corporeale puisque réalisée à une période où il n'y a pas la moindre ampliation de segment inférieur. Elle expose ainsi, au même risque de rupture que la césarienne corporeale à terme et constitue également pour plusieurs auteurs contre-indication à l'accouchement par voie basse [15].

2.3.1.e. Les cicatrices de ruptures utérines antérieures

Celles qui ont été suturées sont considérées comme très fragiles. Ces ruptures étant le plus souvent irrégulières, comportent un risque élevé de rupture au cours de la grossesse et du travail. Ceci du fait de leur mauvaise qualité de cicatrisation [16].

2.3.1.f. Les perforations utérines

Survenues lors des curetages pour avortement spontané ou aspiration pour interruption volontaire de grossesse. L'utérus n'est pas à proprement parler cicatriciel, mais cette étiologie est retrouvée dans certaines ruptures inexplicables [17].

2.3.2 Les cicatrices gynécologiques

Intervenant en dehors de la gravité, elles ont toute la réputation d'être solide, à peine moins si la cavité utérine a été ouverte. Il en existe plusieurs types :

2.3.2.a. La cicatrice de myomectomie

La myomectomie s'adresse à des femmes en période d'activité génitale et permet comme nous l'avons dit le préserver la possibilité d'une grossesse ultérieure [18].

Les cicatrices de myomectomie sont d'excellent pronostic bien qu'elles soient corporéales.

L'ensemble des études concernant la myomectomie a montré le bénéfice de la coelioscopie par rapport à la laparotomie pour la réduction du nombre de jours d'hospitalisation, la durée de convalescence et la taille des cicatrices [18]. Mais aucune n'a étudié si le risque de rupture utérine est significativement différent en fonction de la voie d'abord utilisée.

2.3.2.b. La cicatrice d'hystéroplastie

Les hystéro-plasties de BRET PALMER ou de STRAUSSMEN s'adressent surtout aux degrés moyens de malformations utérines (utérus bicorne ou cloisonné). L'intervention de BRET, bien codifiée à l'avantage en cas d'utérus cloisonné de

conserver les tissus de cette cloison afin de renforcer les parois de l'utérus. Elles doivent être réalisées au moins 3 mois avant le début de la grossesse et sont très souvent d'excellente qualité et n'imposent pas à elles seules l'intervention césarienne.

2.3.2.c. Les cicatrices de résection de la portion interstitielle de la trompe dans les salpingectomies ou de réimplantation tubaire

En théorie il faut opposer les salpingectomies avec résection de la portion interstitielle pour lesquelles il y a une suture solide et un bas risque de rupture, et les réimplantations pour lesquelles on laisse un canal ouvert où le risque est plus important. Néanmoins, les ruptures peuvent se produire dans ces deux éventualités, non seulement pendant le travail mais aussi pendant la grossesse [19].

On retiendra que les cicatrices gynécologiques constituent un pourcentage presque négligeable de l'ordre de 1% [20].

2.4. EVOLUTION ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA CICATRISATION UTERINE

La cicatrice utérine obéit aux lois de la cicatrisation tissulaire en générale et musculaire en particulier. L'infiltration fibroblastique et les dépôts de fibrine précèdent la constitution du tissu conjonctif. Une fois le processus achevé, la cicatrice est constituée de tissu fibreux, habité en proportions variables, selon sa qualité, de courts faisceaux musculaires lisses et de néovaisseaux. Ce processus cicatriciel s'étend sur une durée moyenne d'un an.

D'après LEPAGE [19], on peut considérer le processus cicatriciel suivant : la cicatrisation se fait d'abord par prolifération du tissu conjonctif, le terrain gravidique expliquant son abondance et l'importance de l'œdème associé. Ensuite la réhabilitation se fait non pas tant par prolifération des fibres musculaires de voisinage que par transformation des fibroblastes en fibres musculaires. Cependant la plupart des auteurs

admettent que la cicatrice est d'autant meilleure et plus résistante que la quantité des fibres musculaires y est importante. RUIZ VELASCO [21], considère que la mauvaise qualité d'une cicatrice utérine est proportionnelle à la quantité de tissu fibreux, à l'importance de la myélinisation et à la rareté des éléments vasculaires. POIDEVIN a montré dans son étude que la suture extra muqueuse amène une cicatrisation de très bonne qualité avec rétablissement de la continuité musculaire et une bonne revascularisation, alors que la suture totale entraîne une mauvaise cicatrisation. De même que la suture par points séparés est bien supérieure au sujet, que les matériaux de suture résorbables sont mieux tolérés et que les calibres fins s'accompagnent d'une moindre réaction à corps étrangers. De tout cela découlent les facteurs de mauvaise cicatrisation :

- Les points multiples, surtout en x et le surjet. La suture en plusieurs plans.
- Le défaut de congruence des deux berges de la cicatrice.
- L'inclusion de talc (apporté par les gants) ou de fils des compresses.
- L'inclusion de la muqueuse (endométriose). Le défaut d'hémostase correcte.
- Le défaut de résection d'une cicatrice antérieure de la mauvaise qualité.

2.5. APRECIATION DE LA QUALITE DE LA CICATRICE

2.5.1. Les éléments en corrélation avec la première césarienne

2.5.1.a. Le type d'hystérotomie

2.5.1.a.1. Les cicatrices gynécologiques

* Les myomectomies.

La rupture utérine après myomectomie réalisée par laparotomie est un évènement rare. Quelques cas de ruptures ont été rapportés dans la littérature. Cependant, aucun cas n'a été décrit sur les plus grandes séries publiées [13].

Après myomectomie par coelioscopie, l'incidence réelle des ruptures utérines sur utérus gravide est encirée mal connue, ce qui doit insister à la prudence. Plusieurs cas de ruptures utérines ont été rapportés [22, 23]. Cependant les séries de grossesse et d'accouchement après myomectomie per-coelioscopie montrent un risque faible de rupture utérine. Le risque après myomectomie hystérocopie est également mal évalué. Quelques cas de ruptures ont été également rapportés [16]. Les cicatrices gynécologiques (myomectomie, hystéroplastie) bien que corporéales sont pratiquées en dehors de la grossesse et sont considérées par tous qualité suffisante pour autoriser une épreuve du travail [24].

2.5.1.a.2. Les cicatrices obstétricales

- Les cicatrices de césariennes corporéales ainsi que les cicatrices Segmento-corporéales entraînent un risque important de rupture utérine 12% dans la méta-analyse de ROSEN [13]. Une césarienne itérative doit donc être réalisée dans cette situation.

La solidité de ce type de cicatrice n'est pas encore évaluée.

- Une hystérotomie segmentaire verticale est habituellement solide et ne constitue pas une contre-indication à la voie basse [13]. Depuis la généralisation de l'hystérotomie segmentaire transversale, la symptomatologie de rupture utérine sur utérus cicatriciel est devenue moins bruyante avec comme corollaire une diminution importante de la morbidité et mortalité materno-fœtale [25].

2.5.a.3. Utérus multi cicatriciel

Il s'agit pour la plupart des auteurs d'une indication à césarienne itérative [24]. Dans les années 80, on considérait la présence de plusieurs cicatrices utérines comme une contre-indication à l'épreuve utérine. Mais depuis, la faible morbidité constatée lors des épreuves utérines sur utérus cicatriciel a permis de réduire les contre-indications.

Certains auteurs ont même autorisé l'épreuve utérine chez des parturientes ayant un utérus multi cicatriciel [26].

2.5.b. Les examens paracliniques

Il est important pour l'avenir de la parturiente et pour la conduite à tenir au cours des grossesses ultérieures de connaître la résistance de la cicatrice de l'hystérotomie. Pour cette raison, certains examens paracliniques peuvent évaluer la solidité de la cicatrice.

Représentés au départ par l'amniographie qui a été proposé pour la première fois par CATARINI en 1972 pour l'étude, en cours de grossesse, de la cicatrice d'une césarienne antérieure [19].

Une césarienne défectueuse se traduira par une image d'évagination ou d'invagination de la cavité utérine au niveau de cette cicatrice. Cette méthode a été rapidement supplantée par l'échographie qui est proposée dans le même but et permet de mesurer l'épaisseur exacte de la cicatrice [27], en cours de la grossesse sans risque.

L'observation de DANFORTH et IVY [28] rapporte que le diagnostic d'un défaut au niveau de la cicatrice utérine ne peut se faire qu'en fin du 2eme trimestre, mais les meilleures performances échographiques sont obtenues entre 28 et 36 semaines d'aménorrhée.

Le but essentiel semble être la réalisation d'une étude de segment inférieur et de mettre en évidence une éventuelle déhiscence.

On distingue 4 degrés échographiques et 4 grades hystérographiques :

✓ Echographie:

- Degré 1 : la cicatrice non visible.
- Degré 2 : l'amincissement localisé.

- Degré 3 : le bourrelet cicatriciel.
- Degré 4 : la déhiscence cicatricielle totale.

D'après une étude récente, l'étude échographique de cicatrice utérine pourrait constituer un argument de plus dans la décision d'accouchement par voie basse au cours des situations difficiles.

✓ Hystérogaphie:

Réalisée 6 mois après la césarienne ; Thoolon a défini 4 grades :

- Grade I: cicatrice invisible radiographiquement
- Grade II: petite déformation < 4 mm
- Grade III: déformation de 4 à 5 mm aspect morphologiquement bénin (petit coin, encoche ou baïonnette)
- Grade IV: déformation en profondeur > à 6 mm d'aspect péjoratif (bouchon de champagne, diverticule, hernie, fistule)

Les cicatrices de grade I et II est de bonne qualité contrairement au grade III et IV qui est défectueuse.

2.6. LES RUPTURES UTERINES

2.6.a. Définition et fréquence

La rupture utérine constitue le risque majeur de l'épreuve utérine chez les patientes antérieurement césarisées. Cette complication à distinguer de la déhiscence utérine qui est souvent asymptomatique et se rencontre fortuitement dans 0,5 à 2% des césariennes électives [29] que lors de l'épreuve utérine, de plus, n'expose à aucune morbidité materno-fœtale particulière.

La fréquence de la rupture utérine durant l'épreuve utérine est faible, et ne dépasse guère 1 %.

Les ruptures utérines sont habituellement classées en deux catégories :

- Les ruptures complètes correspondant à une déchirure de tout l'épaisseur de la paroi utérine (myomètre et péritoine) avec une déchirure des membranes. Les conséquences fœtales et parfois maternelles peuvent être graves.
- Les ruptures incomplètes ou déhiscences où seul le myomètre est déchiré, le péritoine et les membranes restent intacts. Elles sont les plus souvent sans conséquences materno-fœtal, peuvent être asymptomatiques et inaperçues en l'absence de révision utérine.

Le risque de rupture utérine apparaît intimement lié au type de la cicatrice antérieure.

La classique cicatrice corporéale haute exposait à un risque accru atteignant 18,2% et était responsable de la quasi-totalité des ruptures utérines rencontrées avant les années 60 [30]. PRIDJIAN [31] estime ce risque à 0,2 - 9,8% en cas de cicatrice segmentaire transversale, 4,3-8% en cas de cicatrice longitudinale segmento-corporéale, 4,3 - 4,8% en cas d'incision en T, et 0,5 - 6,5% en cas d'incision longitudinale limitée au segment inférieur.

L'utilisation d'ocytocine dans la prise en charge active de travail ne semble pas augmenter le risque de rupture utérine

L'analgésie péridurale ne majore pas le risque materno-fœtal si les conditions de surveillance sont rigoureuses et ne masque pas la survenue éventuelle de la douleur sus pubienne d'une rupture utérine.

Alors que la maturation cervicale par prostaglandine reste considérée par la plupart des auteurs, comme formellement contre indiquée. Cette contre-indication repose sur la crainte d'une rupture utérine par l'hypertonie ou hypercinésie utérine.

2.6.b. Les manifestations cliniques

La plupart des ruptures utérines vraies seraient symptomatiques :

- Douleur sus-pubienne persistante
- Métrorragies pendant le travail et l'accouchement
- Anomalie de l'enregistrement cardio tocographique montrant des troubles de la contractilité utérine ou du rythme cardiaque fœtal.

Le diagnostic de déhiscence de la cicatrice est subjectif ; de plus l'existence d'une déhiscence asymptomatique n'impose pas de traitement particulier et son diagnostic paraît être à l'origine d'indications abusives de césarienne ultérieure. Enfin, il est également possible que la palpation trop appuyée d'une déhiscence puisse entraîner une rupture utérine vraie.

2.6.b.1. Les circonstances de découverte

La rupture utérine peut être découverte :

- Au cours de césarienne itérative prophylactique, ceci va à l'encontre de l'idée donnée par certains de l'impossibilité de rupture en dehors de travail.
- Au cours des césariennes pratiquées en urgence, chez des femmes ayant un début de travail inopiné, alors qu'une césarienne itérative avait été programmée quelques jours plus tard.
- Après une épreuve utérine terminée par :

* Une césarienne

* Un accouchement par voie basse, et la rupture est découverte lors de la révision utérine systématique.

La révision utérine peut comporter certains risques :

Liés à la nécessité de la réalisation d'une anesthésie si la patiente ne bénéficie pas déjà d'une analgésie péridurale.

Liés aux risques infectieux et traumatiques du geste. La plupart des auteurs proposent de réserver la révision utérine aux patientes symptomatiques ou lorsqu'il existe un facteur de risque (travail prolongé, efforts expulsifs prolongés, extractions instrumentales difficiles).

2.6.b.2. Etude de la symptomatologie

La symptomatologie de la rupture utérine peut être marquée par des complications maternelles et fœtales.

2.6.b.2.1. Maternelles :

2.6.b.2.1.1. Hémorragiques :

Lors des hémorragies internes en fin de grossesse. L'hémostase chirurgicale serait assurée par une suture simple des berges de la rupture. Le recours à une hystérectomie d'hémostase n'est nécessaire que devant un délabrement utérin important ou inertie utérine.

2.6.b.2.1.2. Traumatiques :

On peut avoir également une déchirure vésicale ou urétérale.

2.6.b.2.1.3. Infectieuses :

C'est le cas d'endométrite.

2.6.b.2.2. Fœtales :

Les complications fœtales sont dominées par la souffrance fœtale à type d'anomalies du rythme cardiaque fœtal sous forme de bradycardie ou décélérations variables sévères qui représentent dans la majorité des cas les premiers signes annonciateurs de la déhiscence de la cicatrice.

2.6.c. Autres complications de la cicatrice utérine

A côté de la rupture utérine, il existe d'autres complications de la cicatrice qui méritent d'être connues. On distingue l'endométriose cicatricielle de la paroi abdominale et le syndrome de YOUSSEF.

2.6.c.1. L'endométriose cicatricielle de la paroi abdominale

2.6.c.1.1. Définition de l'endométriose externe :

Est une localisation ectopique de l'endomètre, retrouvée surtout chez 8 à 15% des femmes en activité génitale. Sa survenue sur les cicatrices des interventions gynéco obstétricales est de l'ordre de 0,1% [32]. Cette forme est souvent méconnue par les chirurgiens généralistes et peut être confondue avec d'autres pathologies.

2.6.c.1.2. Cliniquement

Le diagnostic est relativement facile chez la femme de 20-40 ans devant une symptomatologie cataméniale. Dans la forme typique, l'endométriose externe se manifeste par la présence d'un nodule ou tuméfaction, bleu violacée, douloureuse avec un écoulement brun ou hémorragique en période menstruelle et d'évolution cataméniale.

2.6.c.1.3. Para cliniquement

2.6.c.1.3.1. L'Echographie

Les aspects radiologiques obtenus dans l'endométriose cicatricielle sont soit ceux d'une collection liquidienne, soit ceux d'une image tissulaire sans caractères spécifiques [33].

2.6.c.1.3.2. Biologie

Le taux sérique élevé du CA 125 est corrélé à la prolifération des cellules épithéliales dans la lésion de l'endométriose [34].

2.6.c.1.3.3. Histologiquement :

Le tissu endométriosique est constitué par un épithélium glandulaire cylindrique classique et d'un chorion cytogène ou stroma dense. Ces deux éléments ne sont pas toujours en proportion harmonieuse et varient avec les modifications de l'imprégnation hormonale.

2.6.c.2. Le syndrome de Youssef

2.6.c.2.1. Définition :

Le syndrome de YOUSSEF est une fistule vésico-utérine (FVU) transisthmique, classiquement à sens unique, il apparaît au décours d'une césarienne dont les particularités étiologiques, cliniques, et paracliniques lui confèrent l'intérêt d'être connu [34].

2.6.c.2.2. Sur le plan étiologique :

La césarienne représente la majeure cause du syndrome de Youssef, à côté accouchements dystociques. Ainsi la plupart de fistules sont secondaires à une césarienne compliquée de plaie vésicale passée inaperçue.

2.6.c.2.3. Cliniquement :

Le syndrome de YOUSSEF se traduit classiquement par l'association caractéristique d'hématuries périodiques ou ménourie, avec une disparition des règles et sans fuites urinaires. Ce tableau typique est très peu fréquent.

La continence urinaire est rarement observée, les mictions impérieuses sont parfois notées.

A la forme clinique a « sens unique » il faut ajouter les fréquentes formes mixtes a « double sens » réunissant:

* Des hématuries franches, indolores et totales.

2.6.c.2.4. Les examens complémentaires :

Bien que le diagnostic de syndrome de YOUSSEF soit facile à poser sur la base de la symptomatologie, il doit néanmoins, être confirmé par des examens complémentaires.

2.6.c.2.4.1. L'épreuve au bleu de méthylène

L'issue du colorant par le col utérin après avoir l'injecter signe la communication entre les deux cavités utérine et vésicale.

2.6.c.2.4.2. La cystographie

Est capitale, le défilé de communication entre la vessie et l'utérus apparaissant sur les clichés de profil, étroit et assez court.

2.6.c.2.4.3. La cystoscopie

N'est pas aussi démonstrative que l'hystérographie.

2.6.c.2.4.4. L'hystérocopie

Permet une biopsie endométriale à visée hormonale, les patientes présentant souvent une stérilité réversible.

2.6.c.2.4.5. L'urographie intra veineuse

Surtout, elle précise le trajet des uretères et le retentissement éventuel sur le haut appareil urinaire.

2.6.c.2.4.6. Conclusion

Le syndrome de YOUSSEF est une complication obstétricale rare (0,6% des fistules urogénitales), qui mérite d'être connue. Elle est bénigne entant que telle mais source d'inconfort pour la malade. Sa prévention passe par la mise en place d'une sonde vésicale, le clivage soigneux de la vessie, particulièrement dans la césarienne itérative, et la vérification de l'intégrité vésicale avant la péritonisation de segment inférieur.

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE :

3.1. Cadre de l'étude :

Ce travail s'est déroulé au service de Gynécologie –Obstétrique de l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

3.2. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale avec collecte prospective des données allant du 20 mars 2018 au 20 mars 2020 soit 24 mois.

3.3. Echantillonnage :

3.3.1. Population d'étude :

Notre étude a concerné toutes les parturientes ayant accouché par césarienne sur utérus multicatriciel dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou pendant la période d'étude.

3.3.2. Technique d'échantillonnage :

L'échantillonnage est constitué de deux (2) groupes

-Groupes 1 : trois (3) cicatrices utérines et plus.

-Groupes 2 : deux (2) cicatrices utérines.

3.3.3. Critères d'inclusion :

Les parturientes consentantes ayant 2 cicatrices utérines et plus dont l'âge gestationnel était estimé à au moins vingt-huit semaines d'aménorrhée (28SA).

3.3.4. Critères de non-inclusion :

Les parturientes non consentantes, les unicatriciels, multicatriciels non en travail, les parturientes dont l'âge gestationnel inférieur à 28SA.

3.4. La collecte des données :

Les données ont été recueillies sur fiches d'enquête à partir :

Les dossiers obstétricaux, les carnets de consultation prénatale (CPN), les fiches de référence/ évacuation, les registres d'accouchement, compte rendu opératoire et les fiches d'anesthésie.

3.5. Les variables étudiées :

Tableau : liste des variables étudiées

| Variable | Type de variable | Echelle | Supports |
|---------------------------------------|------------------|--|-----------------------------|
| Age | Quantitative | Année | Dossiers obstétricaux |
| Profession | Qualitative | Ménagère ; Commerçante ; | Dossiers obstétricaux |
| Résidence | Qualitative | Ségou ; Hors de Ségou | Dossiers obstétricaux |
| Nombre de cicatrice | Quantitative | 1Bicatriciel ; 2 ≥ 3 | Dossiers Obstétricaux |
| Suivi de la grossesse | Qualitative | 1Oui ; 2Non | Carnet de CPN |
| Mode d'admission | Qualitative | 1Elle-même ; 2Référence ; 3Evacuée ; ... | Fiche de réf/évacuation ... |
| Etat fœtal | Qualitative | 0 BDCF absent ; 1 ≤ 120 ; 2 120- 160, 3 > 160 bat/min. | Dossiers obstétricaux |
| Complications per et post opératoires | Qualitative | 0 Aucune ; 1 HPPI ; 2 Endométrite ; 3 Suppuration | Dossiers obstétricaux |
| Motif d'admission en travail | Qualitative | 0 Aucun ; 1 Non suivi ; 2 Non informée ; 3 raisons | Dossiers obstétricaux |

3.6. Analyse et traitement des données

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel Microsoft Word 2016 et Epi Info version 7.2.

Les tests statistiques utilisés ont été le risques relatifs (RR), l'intervalle de confiance (IC) et la probabilité $P < 0,05$ considérée comme significative.

3.7. Considérations éthiques :

Un consentement oral libre et éclairé de toutes les personnes impliquées dans cette étude a été obtenu verbalement. L'anonymat a été respecté. L'autorisation de la direction de l'hôpital avait été obtenue préalablement.

3.8. Définitions opérationnelles :

L'utérus multicatriciel : C'est tout utérus porteur d'au moins deux incisions ou plaies ayant intéressé en partie ou en totalité la paroi utérine, qui siègent en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme.

Primipare : femme ayant accouché une fois

Paucipare : femme ayant accouché deux à trois fois

Multipare : femme ayant accouché quatre à six fois

Grande multipare : femme ayant accouché plus de six fois.

Evacuation : C'est lorsque la parturiente est transférée d'un service à un autre plus spécialisé dans un contexte d'urgence.

-Référence : C'est le transfert de la patiente vers un service plus spécialisé en absence de toute situation d'urgence.

- Césarienne prophylactique : césarienne programmée, lors des CPN et faite avant le début du travail d'accouchement.

- Césarienne en urgence : césariennes indiquées devant un tableau d'urgence, un problème pathologique actuel et une évolution anormale du travail. Notre groupe d'urgence était constituées des patientes devant normalement bénéficier la césarienne prophylactique mais qui sont admises en travail.

- Score d'Apgar bon : Apgar supérieur ou égal à 8.

- Score d'Apgar mauvais : Apgar inférieur à 8.

RESULTATS

IV. RESULTATS :

4.1. Fréquence d'utérus multi cicatriciel en travail

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 103 cas d'utérus multicicatriciel sur 1198 césariennes, soit une fréquence de 8,6% (soit 6,6% d'utérus bicicatriciel et 2% d'utérus tricicatriciel et plus).

Parmi ces 103 parturientes, 23 avaient un utérus tricicatriciel et plus (22,3%) et 80 avaient un utérus bicicatriciel (77,7%).

4.2. Caractéristiques socio-démographiques des parturientes

➤ **Tableau I:** Répartition des parturientes selon la tranche d'âge

| Age(année) | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) |
|--------------|------------------|-------------------|-----------------|
| ≤ 19 | 0(0) | 2(2,5) | 2(1,9) |
| 20-34 | 19(82,6) | 70(87,5) | 89(86,4) |
| ≥ 35 | 4(17,4) | 8(10) | 12(11,7) |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

L'âge moyen des parturientes est : **27ans** ; Age extrêmes : **18** et **45 ans**.

- Toutes les parturientes étaient mariées.

➤ **Tableau II:** Répartition des parturientes selon la profession.

| Profession | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) |
|---------------|------------------|-------------------|-----------------|
| Ménagère | 22(95,7) | 68(85) | 90(87,3) |
| Commerçante | 1(4,3) | 4(5) | 5(4,9) |
| Fonctionnaire | 0(0) | 5(6,2) | 5(4,9) |
| Couturière | 0(0) | 3(3,8) | 3(2,9) |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

➤ **Tableau III:** Répartition des parturientes selon la résidence

| Résidence | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) |
|---------------|------------------|-------------------|-----------------|
| Ségou | 10(43,5) | 38(47,5) | 48(46,6) |
| Hors de Ségou | 13(56,5) | 42(52,5) | 55(53,4) |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

➤ **Tableau IV:** Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction

| Niveau d'instruction | Groupe I | Groupe II | Total |
|----------------------|----------------|----------------|-----------------|
| | n(%) | n(%) | n(%) |
| Supérieur | 0(0) | 3(3,7) | 3(2,9) |
| Secondaire | 1(4,3) | 7(8,7) | 8(7,8) |
| Primaire | 7(30,4) | 18(22,5) | 25(24,2) |
| Aucun | 15(65,2) | 52(65) | 67(65) |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

➤ **Tableau V:** Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux

| Antécédents médicaux | Groupe I | Groupe II | Total |
|----------------------|----------------|----------------|-----------------|
| | n(%) | n(%) | n(%) |
| Diabète | 0(0) | 1(1,5) | 1(0,9) |
| Drépanocytose | 0(0) | 2(2,5) | 2(1,9) |
| HTA | 2(8,7) | 4(5) | 6(5,8) |
| Aucun | 21(91,3) | 73(91,2) | 94(91,2) |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

- Toutes les parturientes avaient un antécédent de césarienne et 2 patientes un antécédent de myomectomie.

➤ **Tableau VI:** Répartition des parturientes selon la parité

| Parité | Groupe I | Groupe II | Total |
|------------------|----------------|----------------|-----------------|
| | n(%) | n(%) | n(%) |
| Grande multipare | 6(26) | 3(3,7) | 9(8,7) |
| Multipare | 16(69,6) | 28(35) | 44(42,7) |
| Paucipare | 1(4,3) | 49(61,2) | 50(48,5) |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

➤ **Tableau VII:** Répartition des parturientes selon le nombre d'enfant vivant

| Nombre d'enfant vivant | Groupe I | Groupe II | Total |
|------------------------|----------------|----------------|-----------------|
| | n(%) | n(%) | n(%) |
| 1 | 1(4,3) | 16(20) | 17(16,5) |
| 2-5 | 22(95,7) | 63(78,7) | 85(82,5) |
| ≥ 6 | 0(0) | 1(1,2) | 1(0,9) |
| Tota | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

➤ **Tableau VIII:** Répartition des parturientes selon l'intervalle inter génésique

| Intervalle inter génésique (mois) | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) |
|--------------------------------------|------------------|-------------------|-----------------|
| 6 à 12 | 6(26) | 3(3,7) | 9(8,7) |
| ≥ 12 | 17(73,9) | 77(96,3) | 94(91,2) |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

Moyenne: **12 mois**; Extrêmes: **6 mois** et **48 mois**

4.3. Suivi de la grossesse

➤ **Tableau IX:** Répartition des parturientes selon le suivi de la grossesse.

| Suivi de la grossesse | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) |
|-----------------------|------------------|-------------------|-----------------|
| Oui | 21(91,3) | 65(81,3) | 86(83,5) |
| Non | 2(8,7) | 15(18,7) | 17(16,5) |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

➤ **Tableau X:** Répartition des parturientes selon l'auteur des CPN

| Auteur CPN | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) |
|---------------------|------------------|-------------------|-----------------|
| Infirmière | 1(4,3) | 3(3,7) | 4(3,9) |
| Matrone | 5(21,7) | 7(8,7) | 12(11,6) |
| Sage- femme | 5(21,7) | 29(36,2) | 34(33) |
| Médecin généraliste | 3(13) | 12(15) | 15(14,5) |
| Obstétricien | 6(26) | 15(18,7) | 21(21,4) |
| Aucun | 3(13) | 14(17,7) | 17(16,5) |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

➤ **Tableau XI:** Répartition des parturientes selon le nombre de CPN.

| Nombre de CPN | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) |
|---------------|------------------|-------------------|-----------------|
| 0 | 2(8,7) | 15(18,8) | 17(16,5) |
| 1-3 | 12(52,2) | 61(76,2) | 73(70,9) |
| ≥ 4 | 9(39,1) | 4(5) | 13(12,6) |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

➤ **Tableau XII:** Répartition des parturientes selon le mode d'admission

| Mode d'admission | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) |
|-------------------|------------------|-------------------|-----------------|
| Evacuation | 3(13) | 9(11,2) | 12(11,6) |
| Référée | 3(13) | 21(26,2) | 24(23,3) |
| Venue d'elle même | 17(73,9) | 50(62,5) | 67(65) |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

➤ **Tableau XIII:** Répartition des parturientes selon les moyens de transport

| Moyens de transport | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) |
|---------------------|------------------|-------------------|-----------------|
| Ambulance | 4(17,4) | 17(21,2) | 21(20,4) |
| Taxi | 15(65,2) | 33(41,2) | 48(46,6) |
| Voiture personnelle | 0(0) | 16(20) | 16(15,5) |
| Moto | 4(17,4) | 14(17,5) | 18(17,5) |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

➤ **Tableau XIV:** Répartition des parturientes selon le motif de consultation

| Motif de consultation | Groupe I | Groupe II | Total |
|-----------------------|----------------|----------------|-----------------|
| | n(%) | n(%) | n(%) |
| RPM | 0(0) | 1(1,2) | 1(1) |
| Hémorragie | 2(8,7) | 1(1,2) | 3(2,9) |
| Contraction utérine | 21(91,3) | 78(97,5) | 99(96,1) |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

➤ **Tableau XV:** Répartition des parturientes selon l'âge de la grossesse (SA) par hauteur utérine (HU)

| Age de la grossesse (SA) | Groupe I | Groupe II | Total |
|--------------------------|----------------|----------------|-----------------|
| | n(%) | n(%) | n(%) |
| 28-36 | 3(13) | 10(12,5) | 13(12,6) |
| 37-41 | 20(86,9) | 69(86,2) | 89(86,4) |
| ≥ 42 | 0(0) | 1(1,2) | 1(1) |
| Tota | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

➤ **Tableau XVI:** Répartition des parturientes selon le motif d'admission en travail

| Motif d'admission en travail | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) |
|------------------------------|------------------|-------------------|-----------------|
| Raison de distance | 1(4,3) | 1(1,2) | 2(1,9) |
| Peur de la césarienne | 0(0) | 5(6,2) | 5(4,8) |
| Rendez-vous manqué | 8(34,8) | 12(15) | 20(19,4) |
| Pas de pouvoir de décision | 4(17,4) | 10(12,5) | 14(13,6) |
| Non informée | 2(8,7) | 16(20) | 18(17,5) |
| Non suivie | 3(13) | 14(17,5) | 17(16,5) |
| Aucun motif | 5(21,7) | 22(27,5) | 27(26,2) |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

4.4. Clinique

➤ **Tableau XVII:** Répartition des parturientes selon la phase du travail d'accouchement

| Phase du travail d'accouchement | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) |
|---------------------------------|------------------|-------------------|-----------------|
| Phase de latence | 16(69,6) | 58(72,5) | 74(71,8) |
| Phase active | 7(30,4) | 22(27,5) | 29(28,1) |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

➤ **Tableau XXIII:** Répartition des parturientes selon le bruit du cœur fœtal (BCF) à l'admission

| BCF | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) |
|--------------|------------------|-------------------|-----------------|
| Absent | 1(4,3) | 3(3,7) | 4(4,9) |
| < 120 | 4(17,4) | 17(21,3) | 21(20,4) |
| 120-160 | 18(78,3) | 57(71,3) | 75(72,8) |
| > 160 | 0(0) | 3(3,7) | 3(2,9) |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) |

4.5. Prise en charge:

Tableau XIX: Répartition des parturientes selon le type d'hystérotomie.

| Type d'hystérotomie | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) |
|---------------------|------------------|-------------------|----------------|
| Corporéale | 5(21,7) | 1(1,2) | 6(5,8) |
| Segmento-corporéale | 10(43,5) | 3(3,7) | 13(12,6) |
| Segmentaire | 8(34,8) | 76(95) | 84(81,5) |
| Total | 23(100) | 80(100) | 03(100) |

➤ **Tableau XX:** Répartition des parturientes selon la durée de la césarienne.

| Durée de la césarienne(minute) | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) | OR | [IC] | P |
|--------------------------------|------------------|-------------------|---------------|-----|------------|--------|
| < 30 | 9(39,1) | 69(86,3) | 78(75,7) | | Référence | |
| 30 – 60 | 14(60,9) | 11(13,7) | 25(24,3) | 9,7 | [3,4-27,9] | 0,0001 |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) | | | |

Moyenne: **30 minutes**; Extrêmes: **12 et 60 minutes**

➤ **Tableau XXI:** Répartition des parturientes en fonction des gestes associés à la césarienne

| Gestes associés à la césarienne | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) | OR | [IC] | P |
|---------------------------------|------------------|-------------------|---------------|-----|------------|-------|
| LRT | 7(30,4) | 5(6,3) | 12(11,7) | 7,5 | [2,1-27,0] | 0,002 |
| Suture de la vessie | 2(8,7) | 0(0) | 2(1,9) | - | - | - |
| Aucun | 14(60,7) | 75(93,7) | 89(86,4) | | Référence | |
| Total | 3(100) | 0(100) | 103(100) | | | |

➤ **Tableau XXII:** Répartition des parturientes selon le type d'anesthésie.

| Type d'anesthésie | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) | OR | [IC] | P |
|---------------------|------------------|-------------------|---------------|-----------|-----------|-----|
| ALR | 19(82,6) | 73(91,3) | 92(89,3) | Référence | | |
| Anesthésie Générale | 4(17,4) | 7(8,7) | 11(10,7) | 2,2 | [0,6-8,3] | 0,2 |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) | | | |

➤ **Tableau XXIII:** Répartition des parturientes selon les complications peropératoires.

| Complications peropératoires | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) | OR | [IC] | P |
|------------------------------|------------------|-------------------|---------------|-----------|------------|-----|
| Hémorragie | 2(8,7) | 1(1,3) | 3(2,9) | 8,3 | [0,7-96,6] | 0,1 |
| Lésion vésicale | 2(8,7) | 0(0) | 2(1,9) | - | - | - |
| Aucune | 19(82,6) | 79(98,7) | 98(95,1) | Référence | | |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) | | | |

➤ **Tableau XXIV:** Répartition des parturientes selon les complications post opératoires

| Complications post opératoires | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) | OR | [IC] | P |
|--------------------------------|------------------|-------------------|-----------------|-----------|-------------|-----|
| Anémie post opératoires | 1(4,3) | 0(0) | 1(1) | - | - | - |
| Endométrite | 2(8,7) | 2(2,5) | 4(3,9) | 4,2 | [0,5-32,02] | 0,2 |
| Suppuration pariétale | 2(8,7) | 2(2,5) | 4(3,9) | 4,2 | [0,5-32,02] | 0,2 |
| Aucune | 18(78,3) | 76(95) | 94(91,2) | Référence | | - |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) | | | |

- Toutes les parturientes ont été césarisées et toutes vivantes.

➤ **Tableau XXV:** Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance

| Poids(g) | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) | OR | [IC] | P |
|--------------|------------------|-------------------|-----------------|-----------|------------|-----|
| < 2500 | 3(13,0) | 13(16,3) | 16(15,5) | 0,8 | [0,2-3,2] | 0,5 |
| 2500 – 3999 | 18(78,3) | 64(80) | 82(79,6) | Référence | | |
| ≥ 4000 | 2(8,7) | 3(3,7) | 5(4,9) | 2,4 | [0,7-15,3] | 0,3 |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) | | | |

Moyen : **3200g** ; Extrêmes : **2300 et 4200g**

➤ **Tableau XXVI** : Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la 1^{ère} minute.

| Score d'Apgar | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) | OR | [IC] | P |
|---------------|------------------|-------------------|---------------|-----------|-----------|------|
| < 8 | 9(39,1) | 17(21,3) | 26(25,2) | 2,4 | [0,9-6,4] | 0,07 |
| ≥ 8 | 14(60,9) | 63(78,7) | 77(74,8) | Référence | | |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) | | | |

➤ **Tableau XXVII** : Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la 5^{ème} minute.

| Score d'Apgar | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) | OR | [IC] | P |
|---------------|------------------|-------------------|---------------|-----------|-----------|-----|
| < 8 | 4(17,4) | 8(10) | 12(11,7) | 1,9 | [0,5-5,3] | 0,2 |
| ≥ 8 | 19(82,6) | 72(90) | 91(88,3) | Référence | | |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) | | | |

➤ **Tableau XXVIII:** Répartition des nouveau-nés selon la notion de réanimation.

| Réanimation | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) | OR | [IC] | P |
|--------------|------------------|-------------------|---------------|-----------|-----------|-----|
| Non | 17(4) | 60(75) | 77(74,7) | Référence | | |
| Oui | 6(26) | 20(25) | 26(25,2) | 0,9 | [0,3-2,7] | 0,5 |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) | | | |

➤ **Tableau XXIX:** Répartition des nouveau-nés selon les complications périnatales.

| Etat du nouveau-né | Groupe I n(%) | Groupe II n(%) | Total n(%) | OR | [IC] | P |
|-------------------------|------------------|-------------------|---------------|-----------|------------|-----|
| Mort-né macéré | 0(0) | 1(1,2) | 1(1) | - | - | 0,7 |
| Mort-né frais | 1(4,3) | 2(2,5) | 3(2,9) | 1,6 | [0,1-18,7] | 0,6 |
| Souffrance néonatale | 5(21,7) | 21(26,2) | 26(25,2) | 0,7 | [0,2-2,3] | 0,4 |
| Prématurité | 2(8,7) | 8(10) | 10(9,7) | 0,8 | [0,1-4,1] | 0,5 |
| Hypotrophie | 0(0) | 2(2,5) | 2(1,9) | - | - | 0,6 |
| Macrosomie | 1(4,3) | 2(2,5) | 3(2,9) | 1,6 | [0,1-18,7] | 0,6 |
| Nouveau-né bien portant | 14(60,9) | 44(55) | 58(56,3) | Référence | | |
| Total | 23(100) | 80(100) | 103(100) | | | |

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V.COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1. Approche méthodologique :

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale avec collecte prospective des données portant sur 103 cas d'accouchement par césarienne dans un contexte d'utérus multicatriciel, allant du 20 mars 2018 au 20 mars 2020 soit 24 mois. La population était constituée des parturientes ayant accouché sur utérus multicatriciel pendant la période d'étude. Les femmes ayant un utérus bicatriciel ont été comparées aux femmes d'utérus tricatriciel et plus.

Le choix de ce type d'étude s'explique par son niveau de preuve. Vue la taille de notre population 103 parturientes dont 80 d'utérus bicatriciels contre 23 tricatriciels et plus.

Les limites de cette étude ont été marquées par :

- le manque d'information sur la nature des cicatrices utérines antérieures,
- La rupture de réactif au laboratoire pour le bilan opératoire;
- L'incomplétude des kits de césarienne

5.2. Fréquence des utérus multicatriciels :

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 103 cas d'utérus multicatriciels admises en travail sur 1198 césariennes, soit une fréquence de 8,6%.

23 parturientes avaient un utérus tricatriciel et plus soit 2% et 80 un utérus bicatriciel soit 6,6%.

Notre fréquence est comparable à celle de **Bengaly. M [1]** avec 3,70% d'utérus bicatriciel en travail, et celle de **Mallé A B [35]** à l'hôpital de Ségou avec 7,8% d'accouchement sur utérus multicatriciel. Au Burkina-Faso par **Dembélé A et col [36]** Sur l'ensemble des parturientes porteuses d'utérus cicatriciels, celles ayant un utérus bi - cicatriciel étaient de 21 cas soit 8% de l'ensemble des utérus cicatriciels et celles ayant un utérus tri - cicatriciel et plus, étaient de 5 cas soit 2%.

Au Maroc dans une étude menée par **Abbassi H et col [37]** portant sur la possibilité d'élargir l'épreuve utérine aux cas de présentation du siège, aux utérus bi cicatriciels, aux grossesses gémellaires et en cas de suspicion de macrosomie, sur 129 cas d'utérus bi cicatriciels l'épreuve utérine a été faite chez 78 gestantes soit une fréquence 60 %. Dans la série de **Yassine I [38]** les parturientes porteuses d'utérus bi, tri et quadri cicatriciels représentaient respectivement: 12,7%; 2,2% et 0,5%.

Le taux de césarienne est en augmentation depuis ces vingt dernières années et surtout dans les pays développés tels que les États-Unis ou encore la France. Dans la plupart de ces pays le taux de césarienne est supérieur à 15%.

Vu que les publications actuelles considèrent que, du côté maternel, le risque de mortalité lors de l'épreuve du travail est globalement faible, les principaux risques étant l'échec de la voie basse, la césarienne en urgence et la rupture utérine. Malgré que le taux de rupture utérine augmente lors de l'accouchement par la voie basse sur utérus cicatriciel il reste minime aux alentours de 0,2 à 0,8%. Du versant néonatal, la proportion de mortalité fœtale, périnatale et néonatale est également faible. Le risque d'être ventilé au masque ou d'être intubé serait significativement plus important en cas de tentative de voie basse, mais en revanche lors d'une césarienne, le taux de détresse respiratoire transitoire est majoré [2].

C'est au vu de ces constats que les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) de 2012 stipulent « qu'une femme porteuse d'un utérus bi cicatriciel peut être autorisée à tenter une épreuve du travail. Le choix entre la tentative de voie basse et la césarienne se faisant au cas par cas ».

C'est ainsi qu'en France 96 sur 180 cas (52,2%) d'utérus bi cicatriciels ont été soumis à l'épreuve utérine. Au Pays-Bas cette fréquence d'épreuve utérine sur utérus multi cicatriciels était de 24% soit 59 sur 246 cas d'utérus multi cicatriciels (dont 211 utérus bi cicatriciels, 29 utérus tri cicatriciels, 04 utérus quadri cicatriciels et 02 utérus quinticicatriciels).

Aux USA elle était de 27,2% soit 1082 épreuves sur 3970 cas d'utérus bi cicatriciels [2].

Au Cameroun la fréquence de l'utérus bi cicatriciel en travail était de 1,8 % et celle l'utérus tri cicatriciel 16,6% [3].

Notre différence avec les pays développés s'explique par la qualité du plateau technique qui permet d'autoriser l'épreuve utérine sur utérus bi cicatriciel si les conditions obstétricales sont favorables contrairement à la plupart des pays en voie de développement où la voie basse est contre indiquée. Dans notre cas il ne s'agissait pas d'épreuve utérines mais plutôt des gestantes admises en travail soit par méconnaissance, par manque de suivi prénatal ou à recours tardif aux soins de qualité.

5.3. Les caractéristiques sociodémographiques des patientes :

La tranche d'âge de 20-35 ans a été la plus représentée dans les deux groupes (86,4%) avec un âge moyen de 27ans et des extrêmes de 18 et 45 ans. La fréquence de cette tranche d'âge est due au fait qu'elle correspond à l'âge optimal de la fécondité. Nos tranches d'âge sont comparables à celle du Cameroun par **Valère M K et col [3]** 72,3% où les âges des accouchées variaient de 19 à 42 ans, pour une moyenne de 30,7 ans.

En France par **Thachinamurthi J [7]** l'âge moyen des patientes porteuses d'utérus bi cicatriciel étaient de 32,4 ans, il variait entre 23 et 43 ans dont la tranche de 30 à 36ans était la plus fréquente (49%).

La majorité de nos patientes dans les deux groupes soit (87,3%) étaient des ménagères sans emploi avec un faible niveau de revenu ce qui pourrait constituer un obstacle à l'accès aux soins préventifs qui permettent de dépister les utérus multi cicatriciels afin qu'elles pussent bénéficier de césarienne prophylactique. En France les femmes porteuses d'utérus multicicatriciels sans emploi représentaient 34% de cas [7].

Il s'agissait des femmes mariées dans 100% de cas, non scolarisées dans 65% des cas, résidant majoritairement en milieu rural avec 53,4% contre 46,6% de cas en milieu urbain (ville de Ségou). Notre tendance était contraire à celle rapportée au Maroc par **Yassine I [38]** avec 71,91% de parturientes résidant en milieu urbain contre 28,08% en milieu rural.

La prédominance des patientes résidant en milieu rural s'expliquait par l'inaccessibilité géographique aux structures de soins de qualité.

Par contre le taux élevé de non scolarisation et de femmes mariées étaient dus au faible taux de scolarisation des filles (24%) au Mali mais aussi le mariage précoce [39].

A l'instar de beaucoup d'autres régions du Mali, Ségou a une économie reposant principalement sur l'agriculture c'est ainsi que les cultivateurs ont représenté la majorité des conjoints dans les deux groupes avec une fréquence de 40,8% de cas d'où l'occupation des femmes par les travaux champêtres pourrait être un facteur limitant la fréquentation des structures sanitaires.

L'hypertension artérielle a été l'antécédent médical le plus représenté avec 5,8% de cas tout comme dans les séries **Yassine I** et **Kharrasse** au Maroc et en Algérie **Mohamed Youssef et coll** où l'HTA représentait respectivement 0,37% ; 0,33% et 11,37%, des antécédents médicaux [38, 40, 41]. Dans une étude Sénégalaise parmi les pathologies associées à la grossesse, l'hypertension artérielle et ses complications étaient les plus rencontrées 92,2% [4].

La cause essentielle de l'utérus cicatriciel est l'antécédent de césarienne [42, 43], c'est ainsi que dans notre étude toutes les parturientes avaient au moins deux cicatrices de césarienne ou de myomectomie. Parmi celles-ci il y avait 6,6% d'utérus bi cicatriciel ; 2% d'utérus tri cicatriciel et plus. Dans la série de **Abbassi H et col [37]**, toutes les parturientes avaient déjà subi au moins une césarienne dont 85,7 % d'utérus monocicatriciels, 12,9% d'utérus bi cicatriciels et 1,4 % d'utérus tri cicatriciels.

Valère M K et col. [3], ont rapporté 98,4% d'utérus cicatriciels suite à la césarienne et 1,6% de myomectomie dont 75,39% d'utérus uni cicatriciels, 21,82% d'utérus bicicatriciels ; 2,38% d'utérus tri cicatriciels ; 0,39% d'utérus quadri cicatriciels.

Au Sénégal dans la série de **Diouf AA et al [4]**, la répartition en fonction du nombre de césarienne était la suivante : 79,8% des cas d'utérus uni cicatriciels, 17,9% pour les utérus bi cicatriciels et 2,3% pour les tricicatriciels.

Dans notre étude les pauci pares représentaient 61,2% des utérus bi cicatriciels tandis que les multipares et les grandes multipares étaient plus fréquentes dans le groupe des utérus tri cicatriciels et plus avec respectivement 26% et 69,6% des cas. La majorité d'entre elles avait entre 2-5 enfants vivants, l'intervalle inter-génésique était supérieur à un an chez 91,2% des parturientes.

La même tendance a été rapportée en France par **Thachinamurthi J [7]** avec une prédominance des troisièmes pares 80% et les quatrièmes pares 13%, 77% avaient un intervalle inter-génésique de 19 mois tout comme dans l'étude de **Yassine I [38]** où les parturientes secondipares représentaient 52,05% des cas.

Au Sénégal, selon **Diouf AA et col. [4]**, plus de la moitié des patientes avaient un inter-génésique inférieur à 2 ans. Cet intervalle était inférieur à 1 an dans 29,5% des cas reflétant parfaitement l'importance des besoins non couverts en contraception.

Dans la série de **Tété E. DM [44]**, il s'agissait de paucipare dans 80% des cas avec un espace inter-génésique de 2 ans ou plus dans 64% de cas.

Notre tendance s'explique par le fait qu'au Mali la fécondité des femmes demeure élevée avec un nombre moyen d'enfants par femme estimé à 6,1. Près de deux femmes sur cinq 39 % commencent leur vie reproductive à l'adolescence. Ce constat est lié au fait que parmi les femmes de 15-49 ans en union, 26 % ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale [39].

Le suivi prénatal des femmes porteuses d'utérus cicatriciel a mis en évidence la problématique de la qualité de celui-ci. La consultation prénatale de qualité est un des trois piliers de la lutte contre la morbi-mortalité maternelle et néonatale, et son importance n'est plus à démontrer. La consultation prénatale recentrée permet en effet de détecter et de traiter précocement les morbidités materno-fœtales, la promotion de la santé, volet au cours duquel les complications associées à l'utérus cicatriciel auraient pu être évoquées, et le plan d'accouchement qui indique le lieu le plus approprié de celui-ci, le prestataire compétent devant prendre en charge l'accouchement sur utérus cicatriciel [3].

La majorité des parturientes de notre série (83,5%) avaient réalisé au moins une consultation prénatale dont 70,9% une à 3 consultations et 12,6% au minimum 4 consultations pour les deux groupes. Ces consultations étaient faites dans 48,5% par des prestataires de santé non approprié à suivre ces grossesses à risques dont 33% par une sage-femme ; 4% par une infirmière obstétricienne et 11,65% par une matrone. Une part non moins importante de nos parturientes n'avaient réalisé aucune CPN. Ceci pourrait être lié à l'analphabétisme des parturientes; le faible revenu économique car 87,3% d'entre elles étaient des ménagères sans source de revenu.

Malgré que les politiques normes et procédures en matière de santé de la reproduction n'autorisent pas le suivi des femmes porteuses d'utérus multi cicatriciels par les sage-femmes, notre fréquence d'utérus multi cicatriciels suivis par les sage-femmes s'expliquait d'une part par le fait qu'elles constituent le premier contact des femmes mais aussi par l'affinité des gestantes envers les sage-femmes qui sont un personnel de même sexe avec lequel les gestantes se sentent plus à l'aise, d'autre part par une mauvaise appréciation des risques lié à ces grossesses à haute risque par les sage-femme.

Il ressort de ces résultats que des efforts restent à fournir dans la sensibilisation pour un suivi prénatal plus efficient et un respect rigoureux des normes et procédure en santé de la reproduction.

L'étude de **Thachinamurthi J [7]** corrobore notre résultat car a montré que les fonctionnaires salariés et les commerçants représentaient 92% des femmes enceintes ayant pu réaliser le minimum des quatre visites recommandées, alors qu'aucune des ménagères n'avaient pu le faire. Les accouchées sans activités génératrice de ressources représentaient 70,6% de leur échantillon.

Lorsque les consultations prénatales, sont accessibles, leur qualité est une autre problématique. C'est ainsi que dans une série Sénégalaise, les raisons de mauvaise qualité des CPN, selon le diagramme de Pareto étaient entre autres le retard des femmes enceintes à la première consultation, l'insuffisance de personnel qualifié, le manque de motivation, l'insuffisance des recyclages, le remplacement des personnels formés, l'insuffisance en matériel technique, l'ignorance des bénéficiaires [3].

Dans la série de **Yassine I [38] au Maroc**, 41,5% des parturientes ont eu un suivi médical de la grossesse par contre la majorité des parturientes 83.4% n'ont consulté qu'après le début du travail.

Au Sénégal près de 2/3 des utérus cicatriciels étaient suivis par des sage-femmes qui ne sont pas toujours le personnel approprié à suivre ces grossesses à risque [44].

La consultation prénatale recentrée est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales, plutôt que sur le nombre de visites.

5.4. Aspects cliniques :

Dans notre étude environ 35% des parturientes été des référées au moment de l'accouchement après une première admission dans une formation sanitaire où la prise en charge des utérus multicatriciel en travail. Ceci s'expliquait par le fait qu'il s'agissait soit de gestantes non suivies ou soit la qualité de la CPN n'avait pas permis de dépister à temps les facteurs de risque. Soixante-sept parturiente sur 103 (65%)

étaient admises au service sans fiche de référence ceci pourrait s'expliquer le fait que ces parturientes savaient qu'elles devraient accoucher par césarienne. Soit il s'agissait de parturientes délibérément adressées sans fiche par des agents de santé qui savaient pertinemment qu'ils n'étaient pas les mieux appropriés à suivre des grossesses à risque.

Au Sénégal **Diouf AA et al [4]** ont rapporté 54,2% de patientes évacuées. Cependant, un taux élevé des patientes provenait des structures sanitaires à vocation non chirurgicale 55,8% qui atteste réellement du manque d'organisation du réseau périnatal dans nos districts sanitaires. Non seulement ces patientes étaient suivies à 70% dans des centres inadéquats à leur état, mais la référence ne s'était pas réalisée à temps, encore moins dans les conditions souhaitables dans 60,3% de cas [4].

Tété E.DM [44] au Sénégal a rapporté 26,4% de référence et 19,8% d'évacuation dont une patiente sur cinq en travail.

Cette fréquence des femmes référées/évacuées au moment de l'accouchement après une première admission dans une formation sanitaire non adéquate pour la prise en charge des utérus cicatriciels en travail était de 25% dans la série de **Valère M [3]** au Cameroun. Par ailleurs au Maroc **El Hilali D [45]** rapporté 20,3% des parturientes qui étaient référées par une autre formation sanitaire locale ou régionale.

Une mauvaise qualité de transport du malade vers les structures de soins est un facteur de risque majeur de morbi mortalité maternelle et néonatale.

A l'issue de notre étude seulement 21 parturientes soit sont venues par un transport médicalisé contre 44,7% venues à l'aide d'un transport en commun ; 15,5% par un véhicule personnel. Une part non moins importante des parturientes ont été transportées à moto, sans assistance médicale au cours du transport. Dans la série de **Bengaly M [1]** 18 patientes soit 10,23% étaient admises par un moyen médicalisé contre 71,6% venues par un transport en commun et 18,18% étaient venues par moto. Les moyens de transport utilisés dans notre série s'expliquent par la mauvaise

organisation de la référence/évacuation dont le coût reste à la charge de la famille faisant que les moyens de bord sont le plus souvent utilisés pour se rendre dans les structures de soins.

Toutes les patientes de notre série ont été admises pour des contractions utérines douloureuses dont deux 2,91% avaient une métrorragie associée et une patiente 1% avait rompue la poche des eaux. Il s'agissait des parturientes porteuses d'une grossesse monofœtale dans 98,06% des cas.

Bien que dans la plupart des pays en développement les règles de l'obstétrique n'autorisent pas d'épreuve sur l'utérus multi cicatriciel, au Sénégal dans la série de **Diouf AA et al [4]**, 61,6% des patientes porteuses de l'utérus multi cicatriciel avaient débuté le travail d'accouchement avant leur admission.

La détermination de l'âge de la grossesse était essentiellement basée sur l'échographie obstétricale et parfois l'examen clinique. C'est ainsi que dans les deux groupes 86,4% des parturientes avaient une grossesse présumée à terme contre 13 cas prématurité (12,62%) et un cas de grossesse prolongée dans le groupe des utérus tricicatriciel et plus. En Algérie [41] 77% des grossesses étaient à terme, 10% étaient prolongées et 12% étaient non à terme

Au Maroc [38] 92% des grossesses étaient présumées à terme, contre 4,4% de grossesses prolongées et 3,6% de prématurité ; Au Sénégal **Tété E.DM [44]** avait rapporté 93,1% des grossesses présumées à terme.

5.5. Aspects thérapeutiques :

Chez 26,2% de nos parturientes l'interrogatoire n'avait retrouvé aucune raison expliquant leur admission en travail dont 27,5% du groupe des utérus bi cicatriciel contre 21,7% du groupe des tri cicatriciels et plus. Parmi celles qui avaient évoqué un motif d'admission en travail, les raisons évoquées étaient : l'absence de suivi prénatale chez 16,5% des parturientes, l'absence d'information sur le risque d'accouchement

par voie basse dans 17,5% de cas, l'attente de l'accord du mari dans 14 cas (13,6%) car n'ayant pas de pouvoir de décision.

Chez Vingt parturientes 19,4% il s'agissait des gestantes encours de programmation qui ont soit manqué leur rendez-vous, ou qui ont fait l'objet d'une référence tardive, et leur travail d'accouchement a commencé avant la réalisation du bilan préopératoire et de la consultation pré anesthésique. Une part non moins importante de quatre parturientes avaient délibérément manqué leurs rendez-vous par peur de la césarienne car ayant une préférence pour la voie basse malgré leur information sur l'indication de la césarienne prophylactique et qui sont revenues en travail. Il ressort de ces résultats que des efforts restent à fournir dans la sensibilisation pour un suivi prénatal plus efficient et un respect rigoureux des normes et protocoles en santé de la reproduction au Mali.

Dans l'étude de **Abbassi H et col. [37]** parmi les 129 cas d'utérus bi cicatriciels, l'épreuve utérine tenté chez 78 parturientes (60 %) avec un taux de succès de 69 %. Dans cette étude la fréquence des utérus bi cicatriciel est élevée car l'objectif de cette étude était de :

- Démontrer que l'épreuve utérine sur cicatrice utérine segmentaire dans des indications bien choisies (en dehors des anomalies du bassin, cicatrices corporéales et présence de plus de 2 cicatrices) et bien menée, ne comporte pas de risque de morbidité materno-fœtale supérieur par rapport à l'accouchement sur un utérus non cicatriciel.
- Elargir l'épreuve utérine aux cas de présentations du siège, aux utérus bi cicatriciels, aux grossesses gémellaires et en cas de suspicion de macrosomie.

Bien qu'au Mali, les règles de l'obstétrique n'autorisent pas une épreuve chez les patientes porteuses d'utérus multi cicatriciel toutes nos patientes étaient admises en

travail d'accouchement dont 71,8% phase de latence et 28,1% en phase active du travail d'accouchement.

La même tendance de prédominance de la phase de latence a été rapporté au Maroc avec respectivement : 61,4% ; 46,42% et 62,2% de parturientes à la phase de latence contre 39,58% et 20,2% à la phase active [38, 40, 45].

En Algérie avec 55,7% des parturientes étaient à la phase de latence, contre 17,35% entre 3-6 cm, 4,1% entre 7-10cm [41]

Au Sénégal parmi les 57 parturientes référées un sur cinq sont admises en travail mais la phase du travail était non précisée [44].

Plusieurs techniques opératoires ont été rapportées pour réaliser une césarienne et celles-ci ont évolué dans le temps. Celle de référence a longtemps été la technique de Pfannenstiel qui a introduit l'incision transversale. Une version simplifiée utilisant une incision transversale, introduite par Joël-Cohen, située légèrement plus haut sur une ligne joignant les épines iliaques et réalisée presque exclusivement aux doigts a été diffusée à l'hôpital Misgav Ladach (Israël) par Michael Stark et est actuellement la plus répandue.

Au cours de cette technique l'hystérotomie segmentaire est faite sans incision préalable du péritoine viscéral avec quelque rare fois décollement vésico-utérin. L'hystérotomie est réalisée par l'opérateur au moyen de ses deux index en étirant latéralement les fibres musculaires pour obtenir une hystérotomie transversale dite « par digitoplastie ». Après l'extraction fœtales, la suture de l'hystérotomie se fait en un plan et le péritoine (pariétal et viscéral) n'est pas suturé [46].

Cette technique a été la plus utilisée chez 81,5% de nos patientes.

La répétition des césariennes provoque des adhérences c'est ainsi qu'une incision segmento-corporéale a été réalisée chez 12,6% dont 43,5% d'utérus tricicatriciel et plus contre 3,7% d'utérus bi cicatriciels. L'hystérotomie était corporéale chez 5,8%

des patientes à cause des adhérences qui rendaient le segment inférieur inaccessible notre résultat est corroboré par celui de **Bonneau C et col [47]** qui ont retrouvé 11,5 %, 26 %, 44,8 %, 54,5 % d'adhérences chez les patientes ayant respectivement : un utérus monocicatriciel, bicicatriciel, tricicatriciel, quadricicatriciel.

L'anesthésie locorégionale a été la plus pratiquée lors des césariennes avec 89,3% dans les deux groupes.

-Dans notre étude la ligature résection des trompes fut l'intervention la plus pratiquée au cours des césariennes avec 11,7% dans les deux groupes, **Keïta M [48]** a trouvé 9,5% à l'hôpital de Kayes.

L'incision médiane sous-ombilicale a été abandonnée, sauf cas particuliers, au profit des incisions transversales et ce même en cas d'antécédent de laparotomie médiane pour certains auteurs. Les raisons de ce succès sont multiples : la solidité de la cicatrice, la morbidité moindre, la rapidité d'accès à l'utérus, les résultats esthétiques. L'incision transversale est plus esthétique que l'incision médiane et comporte l'avantage majeur d'être plus solide avec un risque d'éventration postopératoire moins important [46].

Au Sénégal dans l'étude de **Tété E.DM [44]** près d'une patiente sur 3 (28,1%) n'avait pas ramené le compte rendu opératoire de la césarienne antérieure. Même quand le compte rendu était ramené il rendait peu compte du type d'hystérotomie. Ainsi dans un tiers des cas (37,2%) le type d'incision était inconnue. Néanmoins chez une patiente sur deux (50,2%) l'hystérotomie était basse transversale et elle était basse longitudinale chez une patiente sur dix (10,4%).

Les utérus bi cicatriciel étaient l'indication majeur de nos césariennes avec 77,67% (80/103) quant aux utérus tri cicatriciel ils représentaient 22,23% de cas.

Au Burkina Fasso l'utérus bi cicatriciel représentait 8% de cas et l'utérus tri cicatriciel 2% de cas [36]. Au Maroc certaines études ont rapporté des fréquences d'utérus bi cicatriciels variant entre (29- 12,3%), tri cicatriciel (7-2,1%), quadri cicatriciel (3 à 2 cas) et 1 cas d'utérus penta cicatriciel [41,45].

A Dakar les utérus bicatriciels représentaient 17,9% des cas et les tricatriciels 2,3% des cas [4].

5.6. Pronostic maternel et périnatal :

5.6.1. Maternel :

Malgré les innovations apportées aux techniques opératoires et anesthésiques, à l'antibiothérapie et l'asepsie pour offrir une bonne sécurité maternelle, la césarienne demeure une intervention chirurgicale, dont les complications maternelle per et post opératoires, à court et à long terme, ne sont pas exceptionnelles et pouvant engager le pronostic vital.

Au cours de notre étude les complications maternelles étaient surtout en per et postopératoires :

Dans le groupe des tricatriciels et plus nous avons enregistré 2 cas (8,7%) de lésion vésicale, 2 cas (8,7%) de difficulté d'hémostase contre 1 cas (1,3%) difficulté d'hémostase dans le groupe des bicatriciels. Les complications postopératoires étaient d'ordre infectieuse marquées par des suppurations pariétales et des endométrites dont nous avons enregistré 2 cas (8,7%) de suppuration pariétale, 2 cas (8,7%) d'endométrite et 1 cas (4,3%) d'anémie dans le groupe des tricatriciel et plus contre deux (2) cas de suppuration pariétale et 2 cas d'endométrite ont été observé dans le groupe des bicatriciels.

Pas de relation statistiquement significative entre le nombre de cicatrice utérine et la survenue des complications ($P = 0,1$).

Au Mali l'étude de **Dao SZ et col [50]** ont respectivement trouvé 1,81% de suppuration pariétale, 1,44% d'endométrite, et 0,36% de décès maternel.

En France aucune patiente n'a présenté de plaie vésicale, de rupture utérine ni d'atonie utérine, par contre chez 1% des césariennes le post partum a été marqué par une hémorragie. Une patiente avait présenté un abcès en regard de l'hystérotomie sans

épanchement péritonéal. Par ailleurs, une patiente césarisée de manière itérative avait développé une éventration sur la cicatrice de Pfannenstiel, cette étude n'a révélé aucune mort maternelle [7].

Au Burkina -Fasso [36], 5 cas (9%) de rupture utérine ont été rapportés sur mille cas d'accouchements sur utérus cicatriciels, aucun décès maternel n'a été rapporté en rapport avec des anomalies de la cicatrice. La morbidité maternelle a été marquée par une déhiscence utérine dans 16 cas (1,9 %) et à une rupture utérine dans 7 cas (0,8 %) selon **Abbassi H et col [37]**.

Dans notre étude nous n'avons pas enregistré de décès maternel. Contrairement à notre où aucune désunion utérine n'a été enregistrée, certaines séries africaines ont rapporté de désunion utérine, Lomé (2,1%) **Roosmalen V** a retrouvé un taux de (6,7%) en Tanzanie et **Tshilombo** (5,5%) à Kinshasa. Elle été rapporté mêmes dans des séries occidentales: 0,7% dans la région de Denver dans le Colorado; 1,1% à Lille de France selon **Cosson et col [5]**.

En Afrique du nord **Abbassi H et col [37]** ont rapporté parmi les 129 cas d'utérus bi cicatriciels 3 ruptures utérines (3,8 %) dont 2 étaient dues à une cicatrice utérine corporelle méconnue.

Au Sénégal. **Tété E.DM [44]** a enregistré 3% de désunion/rupture, un cas de décès maternel par hématome extensif par plaie iatrogène de l'artère iliaque externe soit un taux de décès de 0,34% comme à Kinshasa (0,6%) ou à Lomé (0,35%). Dans la série de **Diouf AA et col [4]** ont notés deux cas de décès maternels (0,4%) dont l'un à la suite d'une hémorragie grave du post-partum et l'autre dans un état de mal éclamptique.

La durée moyenne de la césarienne dans notre série était de 27 minutes avec des extrêmes de 10 et 60 minutes. Cette durée était supérieure à la moyenne avec 60,9% dans le groupe de tricatriciel et plus contre 13,7% pour le groupe bicatriciel avec

une ($P=0,0001$). Elle était de 30 minutes en moyenne dans l'étude de **Korenzo M [49]**.

5.6.2. Périnatal :

La césarienne participe à la diminution de la morbidité et de la mortalité néo-natale. La morbidité néo-natale est souvent liée à l'indication même de la césarienne, surtout quand il s'agit de souffrance fœtale au cours du travail ou lorsque la femme est porteuse d'une pathologie pouvant avoir un retentissement fœtal. La morbi-mortalité est donc le reflet de la souffrance antérieure plutôt que celle due à la césarienne.

Au cours de notre étude 23,30% des parturientes ont été reçues avec une souffrance fœtale aigue et 4 parturientes (3,9%) avec une suspicion de mort in utéro chez qui la césarienne a ramené trois mort-nés frais et un mort-né macéré soit une mortalité de 4,3% dans le groupe des tricatriciels et plus contre 10% dans le groupe des bicatriciels. L'analyse statistique ne montre pas de différence significative $P : 0,6$. En considérant comme morbide, tout nouveau-né ayant un score d'Apgar ≤ 7 à la 5^{ème} minute, notre taux de morbidité a été de 17,4% chez les tricatriciels et plus, 10% pour les bicatriciels avec OR: 1,9[0,5-5,3] $P: 0,2$. L'analyse statistique ne montre aucune différence significative.

Ces taux élevés de morbidité expliquent la réanimation chez beaucoup de nouveau-né 25,2% et ont été référés au service de néonatalogie pour souffrance néonatale mais aucun décès néonatal n'a été enregistré avant la sortie de l'hôpital.

Dans la cohorte de **Thachinamurthi J [7]** tous les nouveau-nés avaient un APGAR supérieur à 7 à la cinquième minute de vie, aucune mort néonatale n'a été constatée tout comme dans la série de **Abbassi H et col. [37]** où le score d'Apgar à la cinquième minute était >7 dans tous les cas et aucun décès périnatal n'a été noté.

Au Sénégal 2,2% de décès néonataux ont été rapportés par **Tété E.DM [44]**

Sur 531 naissances, **Diouf AA et col.[4]** ont notifié 10 morts fœtales intra-partum, pour les 521 naissances vivantes, 91,5% avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 7 à la 1^{ère} minute.

La consultation prénatale est un acte médical qui vise à dépister et à prévenir les complications de la grossesse afin de diminuer la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale **[50]**.

Par conséquent seul un bon suivi prénatal et une surveillance rigoureuse du travail d'accouchement peuvent améliorer ce pronostic materno-fœtale comme cela a été rapporté dans l'étude de **Traoré Y et col. [51]**

CONCLUSION

VI. CONCLUSION :

Malgré que l'utérus multi cicatriciel demeure une indication systématique de césarienne prophylactique dans notre pays, son admission en travail est encore fréquente à l'hôpital de Ségou. La césarienne prophylactique est une intervention chirurgicale qui permet d'améliorer le pronostic maternel et périnatal contrairement à la césarienne faite en urgence.

Le pronostic maternel est en général bon, il n'y a pas eu de cas de désunion ni de décès maternel. Le pronostic périnatal a été mauvais il s'est exprimé sous forme de souffrance néonatale et mortalité néonatale.

La mise en œuvre du processus de programmation nécessite une bonne organisation du système de référence par le biais de la CPN recentrée. Ainsi nous formulons les recommandations suivantes :

VII. RECOMMANDATIONS

Aux autorités de district sanitaire de Ségou :

- Assurer la formation continue du personnel sanitaire à travers les supervisions formatives.
- Renforcer la communication pour le changement de comportement (CCC).
- Améliorer le système de référence/évacuation.
- Doter les structures de santé en infrastructures et équipements nécessaires pour l'amélioration des conditions de prise en charge des patientes

Aux personnels sanitaires :

- Dépister et référer systématiquement vers une structure chirurgicale toutes les gestantes utérus cadriciel ;
- Assurer l'information et l'éducation pour le changement de comportement des gestantes pour un suivi prénatal régulier ;
- Promouvoir l'espacement de naissance (planning familial).
- Renseigner les supports de suivi prénatal et de référence des femmes évacuées

Aux gestantes :

- Fréquenter régulièrement les services de consultation prénatale.
- Respecter les conseils des agents de santé.

A la Direction de l'hôpital de Ségou :

- Doter le service de gynéco-obstétrique en matériel de surveillance électronique du travail et réanimation du nouveau-né ;
- Assurer la complétude des kits de césarienne;
- Rendre disponibles les réactifs pour les bilans opératoires.

REFERENCES

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- 1. Bengaly M.** Etude de l'accouchement sur utérus cicatriciel dans le service de gynécologie obstétricale du CS Réf de Kati. Thèse de Med Bamako 2014 ; n°58
- 2. Musslin M :** tentative de voie basse versus césarienne chez les femmes porteuses d'un utérus bi cicatriciel ; mémoire de diplôme d'état de sage-femme ; UNIVERSITÉ DE STRASBOURG, France 2014-2015, p70.
- 3. Valère MK, Essome H, Sama JD, Foumane P, Bénédicte M E :** Accouchement sur utérus cicatriciel dans les pays à faibles ressources : circuit de prise en charge et devenir materno-fœtal. Pan African Medical Journal. 2018 ; 30 : 255.
- 4. Koulimaya-Gombet C E, Diouf AA, Diallo M, Dia A, Sène C, Moreau JC, Diouf A :** Grossesse et accouchement des patientes ayant un antécédent de césarienne à Dakar : aspects épidémio-cliniques thérapeutiques et pronostiques ; Pan African Medical Journal. 2017 ; 27 :135 doi :10.11604/pamj.2017.27.135.11924 ; n° 1 p5.
- 5. Coulibaly M F.** Etude d'accouchement sur utérus cicatriciel dans le service de gynécologie obstétricale du CHU du point G à propos de 215 cas. Thèse de Med Bamako 2009 ; n°412.
- 6. Camara K.** Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au CS Réf de commune V. Thèse de Med Bamako 2010 ; n°367.
- 7. Thachinamurthi J.** Dans quelles mesures les patientes porteuses d'un utérus bi cicatriciel peuvent-elles accoucher par les voies naturelles ? Etude de la morbidité materno-fœtale à propos de 93 cas à l'hôpital Intercommunal de Villeneuve Saint Georges. Gynécologie et obstétrique 2012. <Dumas-00725748>université Paris Descartes, Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme Faculté de Médecine de Paris p87.

- 8. Traoré S B.** Epreuve utérine au CS Réf de Koulikoro en 2013-2014. Thèse de Med Bamako 2014 ; n°66.
- 9. Tahila I.** Les indications de la césarienne. Expérience du service de gynéco-obstétrique B au sein du CHU Mohamed VI durant 2ans (2009-2010). Thèse de Med Marrakech 2012 ; n°31 ; p28.
- 10. EL amarani N, Chemry I, Zouhal A.** Accouchement utérus cicatriciel Maroc 2007 Epreuve de travail sur utérus cicatriciel. Maternité du CHU Hassan II Fès. Thèse Med 2007 ; n° 253
- 11. Domegues, Made lenat P.** Césarienne. Technique- indication- complications obstétricale Rev. Prat ; 1985, 35, 23 : 1343- 1362
- 12. Puech F.** Cinquième partie Recommandations pour la pratique clinique 36^ès
JOURNÉES NATIONALES Paris, CNGOF 2012 ; 591
- 13. D'ercole C, Bretelle F, Piechon L, Shopjai R, Boulbli L.** La Césarienne a-t-elle une indication en cas d'utérus cicatriciel ? J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod ; 2000 ; 29 (suppl. Num 2) : 51, 67.
- 14. Mellier G, Foresti A M, Kacem R, Mernet J.** L'utérus cicatriciel : conduite à tenir. Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1991, 86, 10.
- 15. Boulanger J.** Utérus cicatriciel et Accouchement. Mise en jour en Gynécologie obstétrique, vigot Edit. Paris, 1984, p204.
- 16. Maria B, Cornet M C.** Rupture utérine au cours de la grossesse. Encycl. Med. Chir (Paris). Obstétrique. 1981, 5080A 10, II.
- 17. Boutaleb Y, Aderdour M, Zhiri M A.** Les ruptures uterines J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod, 198/2, 11, 87-80.
- 18. Chabanne F, Wallez J C, Lansac :** Décider une césarienne après myomectomie par voie coelioscopique. Contracept. Fretil. Sex. 1997- vol 25, n°10, PP : 753-756.
- 19. DE. Saint milaire REP, Gache raud P, Bagou G.** Grossesse et utérus cicatriciel. EMC. Obstétrique. 1992 ; 5-030-A-20. p16.

- 20. Chastrusse L, Dia A.** Pronostic maternel immédiat et comparaison entre la césarienne transversale et longitudinale. Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1996, 61 ; (n°2) 869-890.
- 21. Ruiz velasco, Rosa V, Arceo J.** Appréciation de la cicatrice de césarienne. Rev. Fr. Gynecol. 1971, 66, 2: 83-93.
- 22. Hocksteins.** Spontaneous uterine rupture in the early third trimester after the laparoscopically assisted myomectomy. A case report. J Reprod Med 2000; 45: 139-41.
- 23. Dubnisson J B, Charvet X, Chapron C, Greckakis SS, Morice P.** Uterine rupture during pregnancy after laparoscopic myomectomy. HUM Reprod. 1995 ; 10 : 1475-7.
- 24. Herlicoviez M, Von theobald P, Barjot P, Marie G, Uzani M, Mullier G et collaborateur.** Conduite à tenir devant un utérus cicatriciel. Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1992, 87, 4 ; 209-218.
- 25. Haddad S, Maria B.** L'accouchement sur utérus cicatriciel à propos de 150 cas. Rev. Fr; Gynecol. Obstet. 1994, 89, 12, 606-612.
- 26. Ph elan J, Clark S, Diaz F, Paulr.** Vaginal birth after cesarean Am J. Obstet Gynecol. 1987. 157 : 1510-15.
- 27. El mansouri A.** Accouchement sur utérus cicatriciel à propos de 150 cas. Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1994, 89, 12, 606-612.
- 28. Tabyaoui L.** Pronostic obstétrical des utérus cicatriciels. Thèse Med Rabat 2008 ; n°253 ; p56
- 29. Aboufalah A, El mansouri A.** Les ruptures uterines durant l'épreuve du travail sur utérus cicatriciel conséquences maternelle et périnatale CHU de Ibn Rochd, Casablanca, Maroc. Ref Gyneco Obstet 2000, 7 :187-190.
- 30. Pridjian G. (1992).** Labor after prior cesarean section. Liu obstet gynecol 35 : 445-55.

31. Elabsi M, Lahlou M K, Rouas L, Essadel H, Benamer S J, Mahammadine A et collaborateurs L'endométriose cicatricielle de la paroi abdominale. Service de chirurgie générale B, hôpital Avicenne, Rabat, Maroc.

International journal of innovation and Applied Studies. vol.26 n°.1Apr.2019, pp.69-72.

32. Rminder N, Gregary C, Gregary MD. Incisional endometriosis: An underappreciated diagnosis in general surgery. J. Am. coll. surg. 2000; 190: 404-7.

33. Toki T, Kubota J, Lux, Nakayama K. Immunohistochemical analysis of CA125, CA 19-9, and ki-67 in stage III or IV endometriosis: positive correlation between serum CA 125 level and endometriotic epithelial cell proliferation. Acta obstet gynecol scand 2000 ; 79 :771-6

34. Kazadibuanga J, Ndione J B. Syndrome de Youssef ou Fisule vesico-utérine après césarienne. Analyse rétrospective de 6 dossiers.

African journal of urology vol.10. n°2 2004 132-134.

35. Malla A B: Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, étude cas-témoins. Thèse de Med Ségou 2012; n°79

36. Dembélé A, Tarnagda Z, Ouédraogo JL, Thiombiano O, Bambara M : Issue des accouchements sur utérus cicatriciel dans un hôpital universitaire au Burkina. Pan African Medical Journal. 2012; 12:95. This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/12/95/full/>

37. Abbassi H, Aboufalah A, El Karroumi M, Bouhya S, Bekkay M : Accouchement des utérus cicatriciels : peut-on élargir l'épreuve utérine ? Biol Reprod /J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 : 425-429.

38. Yassine I : Les facteurs pronostiques de l'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel : Expérience du service de gynécologie obstétrique A CHU Mohammed VI – Marrakech. Thèse de Méd. Maroc 2011; n° 147; p106.

- 39.** Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2014. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International ; p577.
- 40. Kharrasse T :** Accouchement sur utérus cicatriciel à propos de 614 cas thèse de Méd. Université Hassan II Maroc 2006, N°18, p118.
- 41. B.A Mohammed Youssef, A.I Meryem, B. Abdellah, B. Ikram :** Accouchement sur utérus cicatriciel, Mémoire de fin d'études République d'Algérie 2015, p149.
- 42. CNGOF :** RPC - accouchement en cas d'utérus cicatriciel. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2012) **41**, 824—830
- 43. Recommandations pour la pratique clinique :** accouchement en cas d'utérus cicatriciel. La Revue Sage-Femme (2013) **12**, 40—46
- 44. Tété E.DM :** accouchements sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar, thèse de Méd. 2004, N° 115 ; p69.
- 45. El Hilali D :** lesaccouchements sur utérus cicatriciel étude rétrospective à propos de 527 cas thèse de Méd. Université Cadi Ayyad, Faculté de Médecine et de Pharmacie à Marrakech au Maroc, 2008 n° 68 ; p152.
- 46. Deruelle P, Kayem G et Sentilhes L** Chirurgie en obstétrique – Chirurgie de la femme enceinte et de l'accouchement, 2e édition, © 2020, Elsevier Masson SAS.
- 47. Bonneau C, Nizard J :** Gestion des grossesses avec un utérus cicatriciel : état des connaissances Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2012) **41**, 497—511.
- 48. Keita M.** étude prospective, césarienne : pronostic materno-foetal à l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse de méd, Mali, 2008, n°355- p94.

49. Korenzo M. Etude de la césarienne à la maternité du centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako. Thèse méd. Bamako 2015; n° 01 p73

50. Dao SZ, Sidibé K, Traoré Y, Diassana B, Perrin RX, Dolo AI et collaborateurs: Mortalité et morbidité de la césarienne en commune II du district de Bamako/Mali. Journal africain des cas cliniques et revue. Jaccr Africa 2020 Vol 4 n°4.p8

51. Traore Y, Teguite I, Dicko FT, Diallo A, Djiré MY, Sissoko A et al. Accouchement dans un contexte d'utérus cicatriciel au CHU Gabriel Touré: modalités et complications à propos de 393 cas. Med Afr Noire. 2012 ; 59(11) :511-516.

ANNEXES

ANNEXES :

FICHES D'ENQUÊTE

(Accouchement dans un contexte d'utérus multicatriciel : aspect épidémiologique et pronostic materno-fœtal.)

FICHE N° _____

Tél : _____

I- Identification :

Q 1 : Résidence : /___/ 1 = Ségou ville, 2 = hors Ségou.

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

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

6 : minianka, 7 : sonhaï, 8 : dogon, 9 : maure, 10 : soninké 11 : bozo 12 : autres _____

Q 4 : Statut matrimonial /___/ 1 : Mariée, 2 : Célibataire

Q 5 : Profession de la patiente : /___/ 1 : Fonctionnaire, 2 : Ménagère

3 : Vendeuse/Commerçante, 4 : Elève/Étudiante, 5 : Autres _____

Q 7 : Niveau d'instruction : /___/ 1 : Primaire, 2 : Secondaire, 3 : Supérieur,

4. Analphabète

Q 8 : 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 11 : Contraception /___/ 1= Oui 2= Non

Antécédents obstétricaux : G...P...V...DCD Av... IG....

Q 9 : Gestité /___/ 1 : primigeste, 2 : pauci geste, 3 : multigeste,

4 : grande multigeste

Q 10 : Parité /___/ 1 : primipare, 2 : paucipare, 3 : multipare,

4 : grande multipare

Q 11 : Nombre d'enfants vivants /___/ 0 = Sans enfant vivant, 1 : 1, 2 : 2-5, 3 : ≥6.

Q 12 : Nombre d'enfants décédés /___/ 0= 1, 1= 2 - 5, 2 : ≥ 6, 3= Aucun.

Q 13 : Nombre de morts nés /___/ 0= aucun, 1 = 1, 2= 2, 3 = ≥ 3,

Q 14 : Intervalle inter génésique /___/ 1 : ≤ 6mois 2 = 7- 1an, 3 : > 1an

Q 15 : Notion d'avortement /___/ 0 = Aucun, 1 = Spontané, 2 = Provoque.

Q 16 : Dernier accouchement /___/ 1 = Eutocique, 1 = Instrumental, 2 = Césarienne.

Antécédents médico-chirurgicaux :

Q 17 : Médicaux : /___/ 1 : oui, 2 : non

Q 18 : Si oui : /___/ 0 : Aucun, 1 : Asthme, 2 : HTA, 3 : Cardiaque, 4 : Diabète,

6 : Drépanocytose, 7 : VIH, 8 : Autre à préciser _____

Q 19 : Chirurgicaux : /___/ 1 : oui, 2 : non

Q 20- Si oui : ____/ 1 : **Césarienne**, 2 : Myomectomie, 3 : Rupture utérine, 4 : hystéroplastie, 5 : GEU, 6 : Autre à préciser _____

Q 21 : Nombre de cicatrice utérine / ____/ 1 = 2, 2 = 3, 3 = ≥ 4

Q 22 : Indications de la césarienne précédente / ____/ 0 = ND, 1 = SFA

2 = BGR, 3 = Bassin limite, 4 = Pré. Dystocique, 5 = U. Bi cicatriciel, 6 = U. Tri, 7 = U. Quadri cicatriciel, 8 = Placenta prævia hémorragique, 9 = HRP, 10 = échec de l'épreuve de travail, 11 = Syndrome de pré-rupture, 12 = Procidence du cordon
13 = Gros fœtus, 14 = Pre-éclampsie/ Eclampsie, 15 = RU, 16 = IIG < 6 mois
17 = autre à préciser _____

Q 23 : Type d'hystérotomie / ____/ 0 = ND, 1 = Segmentaire,

2 = Corporéale, 3 = Segmento-corporéale, 4 = autres _____

Q 24 : Suites post opératoires / ____/ 0 = ND, 1 = Simples, 2 = endométrite, 3 = Supérotation pariétale, 4 = Autre à préciser _____

III. Histoire la grossesse actuelle :

Q 25 : Grossesse suivie / ____/ 1 = Oui 2 = Non

Q 26 : Si Oui Auteur du suivi / ____/ 1 = Matrone, 2 = IO, 3 = Sage-femme, 4 = Méd généraliste, 5 = Gynécologue, 6 = Autre à préciser _____

Q 27 : Support de CNP / ____/ 1 = ND, 2 = dispo. Renseigné, 3 = dispo. Non renseigné

Q 28 : Nbre de CPN / ____/ 1 = 1, 2 = 2, 3 = ≥ 3 .

Q 29 : BPN / ____/ 1 = fait 2 = non fait

Q 30 : Nature BPN / ____/ 1 = sanguin, 2 = échographie 1^e T, 3 = échographie 3^e T, 4 = sanguin et écho,

IV. Mode d'admission :

Q 31 : Venue d'elle-même / ____/ 1 = Oui 2 = Non

Q 32 : Référée / ____/ 1 = Oui 2 = Non

Q 33 : Evacuée / ____/ 1 = Oui 2 = Non

Q 34 : Structure de Réf / Evacuation / ____/ 0 = ND, 1 = CSCOM, 2 = Csréf, 3 = structure privée, 4 = centre confessionnel, 5 = Autre _____

Q 35 : Motif / ____/ 1 = CUD, 2 = Hémorragie, 2 = RPM, 3 = Autre _____

Q 36 : Moyens / ____/ 1 = Ambulance, 2 = Taxi, 3 = Voiture personnelle, 3 = moto

Q 37 : Support de référence / ____/ 0 = Aucun support, 1 = Partogramme, 2 = Fiche de référence, 3 = Carnet CPN

IV- Examen d'admission :

Q 38 : Phase du travail d'accouchement / ____/ 1 = latence, 2 = Active, 3 à complète 4 = Rupture utérine.

Q 39 : Si RU / ____/ 1 = Etat hémodynamique. Stable, 2 = Etat hémodynamique. Instable.

Q 40 : Terme de la grossesse / ____/ 1 = 28 – 36 SA, 2 = 37- 42 SA, 2 = > 42 SA

Q 41 : Nature de la grossesse / ____/ 1 = Unique 2 = Multiple

Q 42 : Etat fœtal J1 /___/J2/___/ 0 = BDCF absents, 1 = < 120 bat/min, 2 = 120-160 bat/min, 3 = > 160 bat/min

V- Pronostic materno-fœtal :

Q 43 : Nouveau-né /___/ 1 = MNF, 2 = MNM, 3 = SNN, 4 = NN bien portant

Q 44 : Mère /___/1 = DCD, 2 = Vivante.

Q 45 : Type d'anesthésie /_/ 1= ALR, 2= Générale

Q 46 : Durée de la césarienne /_/ 1= >30min, 2= 30-60min

Q 47 : Sture associée à la césarienne/___/ 1= Vessie, 2= LRT, 3= Autre....

Q 48 : Apgar 1ere min /___/ 1= <7, 2= ≥7

Q 49 : Apgar 5eme min/___/1 = <7, 2= ≥7

Q 50 : Réanimation du Nné/___/1 = Oui, 2= Non

Q 51 : Complication peropératoire /___/ 0= Aucune, 1= Lésion vésical, 2 = Hémorragie, 3 = Autre....

Q 52 : Complication post op : /___/ 0= Aucune, 1= Anémie,

2 = Endométrite, 3 = Suppuration pariétale, 4 = Autre _____

Q 53 : Si DCD Causes du décès /___/ 0 = ND, 1 = choque hémorragique,

2 = endométrite, 3 = Suppuration pariétale, 4 = Autre _____

Q 54 : Motif d'admission en travail : /___/ 0 = Aucun, 1 = Non suivie, 2 = non informée, 3 = raisons de distance, 4 = Peur de la césarienne, 5 = Pas de pouvoir de décision, 6 = Autres à préciser _____

FICHE SIGNALETIQUE

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : BALLO

Prénom : Abdoul Karim

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : Accouchement par césarienne dans un contexte d'utérus multicatriciel : aspect épidémiologique pronostic materno- fœtal à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Année universitaire : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Obstétrique, Pédiatrie, Santé publique.

Résumé : notre étude s'est déroulée à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale avec collecte prospective des données allant du 20 mars 2018 au 20 mars 2020 soit 24 mois.

Nous avons colligé 1198 césariennes dont 103 cas d'utérus multi cicatriciel qui sont reçues en travail soit une fréquence de 8,60%.

L'âge moyen dans notre étude était 27 ans avec des âges extrêmes 18 et 45 ans.

Venues d'elles-mêmes sans fiche d'évacuation dans 65% des cas, ménagère dans 87,3% et suivies dans 48,5% par des agents de santé non appropriés à suivre ces grossesses.

Le pronostic maternel et périnatal est en général moins bon parce que l'on sait que la morbidité néonatale était 27,4% et mortalité néonatale 3,9%; 2 cas de lésion vésicale; 3 cas d'hémorragie; 4 cas d'endométrite et 4 cas de suppuration pariétale.

Mots clés : accouchement, utérus multi cicatriciel, épidémiologique, pronostic.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je **donnerai** mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, **je ne participerai** à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce 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 leur père.

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

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

JE LE JURE !

