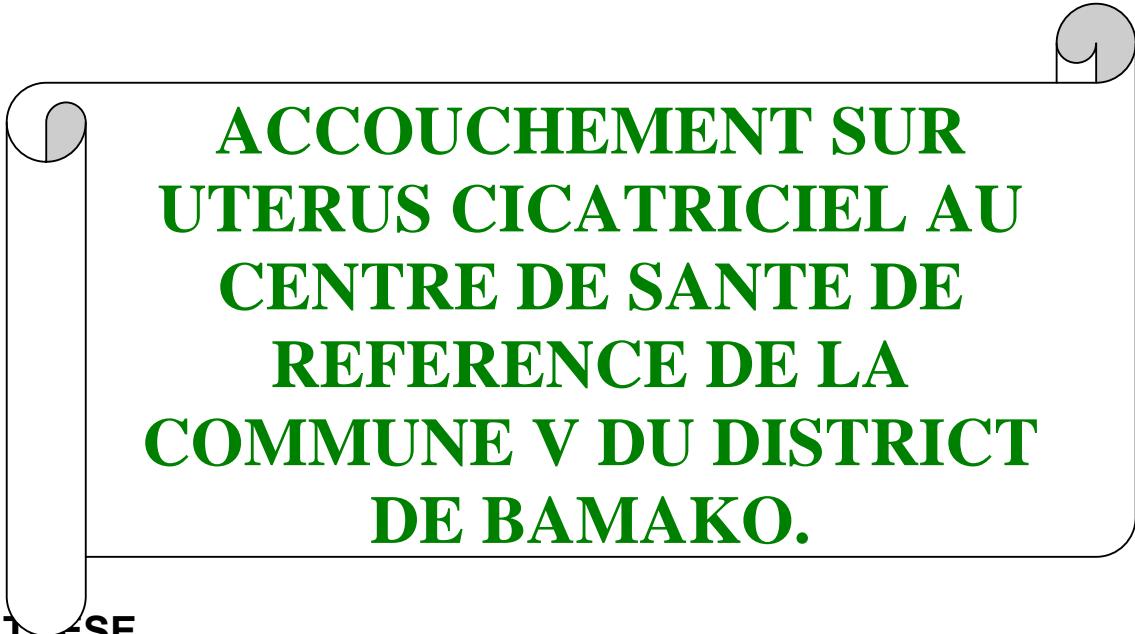

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE



**ACCOUCHEMENT SUR
UTERUS CICATRICIEL AU
CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA
COMMUNE V DU DISTRICT
DE BAMAKO.**

THESE

[Présentée et soutenue publiquement le 17/01/2009](#)

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Mr Zoumana KOUMARE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT : Professeur Salif Diakité.

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Mamadou Traoré.

CODIRECTEUR DE THESE : Docteu Niani Mounkoro.

MEMBRE : Docteur Oumar M Traoré.

UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** - MAITRE DE CONFERENCES
2eme ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPALE : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** - PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembriologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R.
Mr abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie - Traumatologie

Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mme DIALLO fatimata S. DIABATE
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Sadio YENA
Mr Youssouf COULIBALY

Ophtalmologie
Stomatologie
Gynéco-Obstétrique
Anatomie et Chirurgie Générale
Chirurgie Thoracique
Anesthésie - Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mme Diénéba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MAKALOU
Mr Ali TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiémoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Bouraïma MAIGA
Mr Youssouf SOW
Mr Djibo Mahamane DIANGO
Mr Moustapha TOURE
Mr Mamadou DIARRA
Mr Boubacary GUINDO

Gynéco-Obstétrique
ORL
ORL
Chirurgie Générale
Anesthésie - Réanimation
Urologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Urologie
Gynéco-Obstétrique
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Anesthésie - Réanimation
Gynécologie
Ophtalmologie
ORL

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Adama DAILLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO
Mr Yérimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahamane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
MR Mamadou KONE

Chimie générale et Minérale
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie - Mycologie
Chimie Organique
Immunologie
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amagana DOLO
Mr Mahamadou CISSE

Histoembryologie
Bactériologie – Virologie
Parasitologie **Chef de D.E.R.**
Biologie

Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAIGA

Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Bactériologie – Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheik Bougodari TRAORE
Mr Guimogo DOLO
Mr Mouctar DIALLO
Mr Aboulaye TOURE
Mr Boubacar TRAORE
Mr Djibril SANGARE

Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie - Mycologie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie-Virologie
Anatomie-pathologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie Parasitologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Parasitologie - Mycologie
Entomologie Moléculaire Médicale

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE
Mr Blaise DACKOOU

Entomologie Moléculaire Médicale
Biochimie
Biologie Parasitologie Entomologie Médicale
Parasitologie Entomologie
Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie **Chef de D.E.R**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie - Hépatologie
Dermato-Léprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE

Pneumo-phtisiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie

Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Adama D. KEITA
Mr Sounkalo DAO

Gastro-entérologie
Endocrinologie
Radiologie
Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Daouda K. MINTA
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Harouna TOGORA
Mme DIARRA Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Cheick Oumar GUINTO
Mr Mahamadou GUINDO

Pédiatrie
Dermatologie
Maladies Infectieuses
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine Interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépatogastro-entérologie
Hépatogastro-entérologie
Pneumologie
Psychologie
Neurologie
Radiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Chimie Analytique, **Chef de D.E.R**
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Benoit Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar I. MAIGA

Matières Médicales
Galénique
Chimie Analytique
Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO
Mr yaya KANE
Mr Saïbou MAIGA
Mr Ousmane KOITA
Mr Yaya COULIBALY

Pharmacognosie
Galénique
Législation
Parasitologie Moléculaire
Législation

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique **Chef de D.E.R**

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

Mr Jean TESTA

Santé Publique

Mr Mamadou Souncalo TRAORE

Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA

Santé Publique

Mr Hamadoun SANGHO

Santé Publique

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

Mr Alassane A. DICKO

Santé Publique

Mr Hammadoun Aly SANGO

Santé Publique

Mr Seydou DOUMBIA

Epidémiologie

Mr Samba DIOP

Anthropologie Médicale

Mr Akory AG IKNANE

Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO

Biostatistique

Mr Seydou DIARRA

Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA

Botanique

Mr Bouba DIARRA

Bactériologie

Mr salikou SANOGO

Physique

Mr Boubacar KANTE

Galénique

Mr Souléymanne GUINDO

Gestion

Mme DEMBELE Sira DIARRA

Mathématique

Mr Modibo DIARRA

Nutrition

Mme MAIGA Fatoumata SOKONA

Hygiène du Milieu

Mr Mahamadou TRAORE

Génétique

Mr Yaya COULIBALY

Législation

Mr Lassine SIDIBE

Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA

Bromatologie

Pr Babacar FAYE

Pharmacodynamie

Pr Mounirou CISS

Hydrologie

Pr Amadou Papa DIOP

Biochimie

Pr Lamine GAYE

Physiologie

DEDICACES



**Au nom d'Allah, le Tout
Puissant,
le Clément et le
Miséricordieux**

Qui par sa grâce, sa bonté, nous a permis de mener à bien ce modeste travail. Je m'en souviendrai tout au long de cette vie si éphémère et je te resterai toujours fidèle.

Je dédie ce travail :

**A toutes les mères, singulièrement
à celles qui ont perdu la vie en
donnant la vie**

**Aux orphelins dont les mères ont
succombé en leur donnant
naissance**

* A ma famille :

Issu d'une famille unie et solidaire, je voudrais transmettre ici l'éducation que j'ai reçue à mes frères et sœurs. Grand merci pour ton assistance.

***A mon père : Daouda KOUMARE**

Sociable, passionné de la connaissance et du savoir, tu t'es totalement investi pour mon éducation dès ma tendre enfance. Ce travail est un début de récompense de tes nombreux sacrifices. Jamais, je ne saurais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis. Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

***A mes chères mères : Oumou BALLO et Minata DOUGOUNE**

qui ont guidé mes premiers pas :

Les mots me manquent pour vous signifier mon amour, ma reconnaissance, mon admiration. Vous avez donné le meilleur de vous-même pour que je puisse réussir. Puisse ce travail contribuer au couronnement de vos sacrifices consentis.

***A mon grand frère Békaye KOUMARE**

Merci pour tout le soutien et conseils .Pour moi tu es comme un père .Que DIEU te prête encore longue vie pour que tu puisses goûter au fruit de ce travail.

***A ma mère et Tante : Feue Awa DOUGOUNE** ; ma chère tante vous restez toujours pour moi une femme modèle à travers les conseils et surtout la formation que j'ai bénéficiée de vous. Dors en paix et qu'ALLAH vous héberge dans son jardin des délices.

***A mon petit frère : Feu Oumar KOUMARE dit Barou**

Nous avons voulu te voir là assis en ce jour solennel. Hélas DIEU en a décidé autrement. Dors en paix.

REMERCIEMENTS

A toutes les familles KOUMARE à Fana, Ségou, Niono, Bamako et Abidjan.

Aux familles Coulibaly et Touré respectivement à Badalabougou et Hamdalaye pour leur accueil et leur hébergement.

A Massila Coulibaly pour son soutien moral et les conseils reçus.

Aux familles Diarra, Mariko, Traoré à Fana pour leur accueil et leur soutien

Au corps professoral de la FMPOS :

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

A mes maîtres formateurs : Dr Traoré Oumar Mamadou, Dr Traoré Soumana Oumar, Dr Togo Pierre.

Merci pour l'encadrement

A tous les collègues ayant nouvellement soutenu :

Je vous souhaite bon vent pour vos carrières professionnelles.

A tous les faisant fonction d'interne du CSRefCV :

Merci pour votre collaboration, je vous souhaite bon courage.

A tout le personnel et à toutes les unités de la Maternité du centre de santé de référence de la commune V.

Grand merci pour votre formation, vos enseignements et les bons moments passés ensemble.

A tous mes amis : Aboubacar Diarra, Birama Diallo, Mamadou T Koné, Mohamed L Traoré, Alassé Mariko, Aly Bamadio, Mohamed Diaby, Abdoulaye Niambélé, Modibo Diané, Aboubacar S Diaby, Mohamed Diallo, Bougou goita, Fousseine Kouma, Mamadou Konaté, Moussa Doucouré.

**HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY**

A notre maître et Président du jury :

Professeur Salif DIAKITE

Professeur de Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali.

Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique au centre hospitalier universitaire de Gabriel TOURE.

Cher Maître vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse.

Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre grande disponibilité et votre amour du travail bien fait. Nous avons été comblés par l'enseignement de qualité dont nous avons bénéficié à vos cotés.

Vos qualités intellectuelles et vos connaissances larges et toujours d'actualité font de vous un modèle de maître souhaité par tous.

Cher maître veuillez accepter nos sincères remerciements.

A notre maître et juge :

Docteur Oumar Moussokoro TRAORE

Spécialiste en gynécologie obstétrique

Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune V.

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de siéger parmi ce jury

Nous avons bénéficié de votre encadrement en gyneco-obstetrique.

En plus de vos qualités scientifiques nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines au centre mais également en dehors de celui-ci.

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

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux, que le tout puissant vous garde longtemps auprès de nous

Amen !

A notre maître et co-directeur :

Docteur Niani MOUNKORO

**Maître Assistant en gyneco-obstétrique au Centre Hospitalier
Universitaire de l'Hôpital Gabriel Touré.**

Votre présence ici témoigne de l'intérêt que vous accordez à ce travail.

Votre maîtrise du métier, votre sens élevé du travail bienfait et votre sens de responsabilité mérite une admiration.

Nous vous remercions sincèrement.

A Notre maître et Directeur de Thèse :

Professeur Agrégé Mamadou TRAORE

Professeur Agrégé de Gynéco-obstétrique

Secrétaire Général de la SAGO

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V.

Cher Maître, en nous acceptant dans votre service et diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et humble.

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

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

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

Sigles et Abréviations

ATCD :	Antécédent
BDCF :	Bruit du cœur foetal
BGR :	Bassin généralement rétréci
CSRéf Cv:	Centre de santé de référence de la commune V
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CNTS :	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN :	Consultation Périnatale
CSCom :	Centre de santé communautaire
DDR :	Date des dernières règles
DFP:	Disproportion foeto-pelvienne
FFI :	Faisant Fonction d'Interne
HGT :	Hôpital Gabriel Touré
HNPG :	Hôpital national du Point G
HRP :	Hématome rétro placentaire
HTA :	Hypertension artérielle
HU :	Hauteur utérine
IIG :	Intervalle inter génésique
IST :	Infection sexuellement transmissible
IVG :	Interruption volontaire de la grossesse
LRT :	Ligature Résection des Trompes
MAF :	Mouvements actifs du fœtus
MFIU :	Mort foetale in utero
PDE :	Poche des eaux
PF :	Planning Familial
PN :	Poids de naissance
P.P :	placenta praevia

Puls/mn : Pulsation par minute

RPM : Rupture prématurée des membranes

SFA : Souffrance fœtale aiguë

TA : Tension artérielle

UC : Utérus cicatriciel

Sommaire

	Pages
INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
GENERALITES.....	4
METHODOLOGIE.....	41
RESULTATS.....	46
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	59
CONCLUSION.....	64
RECOMMANDATIONS.....	65
REFERENCES	67
ANNEXES.....	70

INTRODUCTION

La maternité à moindre risque est le défi majeur de toute action visant à améliorer la santé maternelle et infantile qui constitue l'une des priorités aujourd'hui **[1]**.

Les deux dernières décennies ont coïncidé avec une augmentation rapide du taux de césarienne dans la plupart des pays, y compris ceux en développement. Ainsi l'obstétricien est de plus en plus confronté aux problèmes de l'accouchement sur utérus cicatriciel **[2]**.

La survenue d'une grossesse sur un utérus cicatriciel se caractérise par son incidence élevée, ses complications multiples, son taux important de morbidité et de mortalité materno-fœtale. Parmi les complications on peut citer les dystocies dynamiques, les hémorragies de la délivrance par la présence d'un placenta praevia ou accréta et la déhiscence de la cicatrice utérine. **[3]**

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

La grossesse et l'accouchement sur utérus cicatriciel, sont donc considérés à haut risque, surtout dans les pays en voie de développement où la tocographie et le monitoring fœtal n'existent pas, les radiopelvimétries font défaut, les indications de la

cicatrice utérine, le type d'incision, les suites post opératoires sont le plus souvent inconnus [5].

L'utérus cicatriciel est un facteur indirect 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 à la rupture utérine [4].

L'accouchement sur utérus cicatriciel est une éventualité de plus en plus fréquente en raison de l'augmentation des taux de césarienne [6].

L'essai d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel a pris un essor important au début des années 1980. Ses indications se sont étendues en vue de réduire le taux de césariennes itératives. Toutes les études s'accordent actuellement pour reconnaître les bénéfices de l'épreuve d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel en terme de réduction de la mortalité, de la morbidité et d'économie de santé. Mais la nécessité d'une surveillance électronique, cardiotocographique au cours du travail a longtemps limité l'utilisation de l'épreuve utérine dans la pratique obstétricale africaine [2].

La césarienne est la cause la plus fréquente de cicatrice utérine. Au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, l'accouchement par voie naturelle chez les parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel est privilégié, et ceci après avoir éliminé toute cause permanente de césarienne (bassin rétréci). La césarienne est systématique après deux césariennes antérieures. Cette attitude n'a jamais fait l'objet d'une étude approfondie au centre de santé de référence de la commune V, c'est pourquoi nous avons initié ce travail avec les objectifs suivants :

OBJECTIFS

1-Objectif général :

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

2-Objectifs spécifiques :

- * Déterminer la fréquence de l'accouchement sur utérus cicatriciel.
- * Déterminer le profil socio-démographique des parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel.
- * Identifier les principales causes de la cicatrice utérine.
- * Déterminer la conduite de l'épreuve utérine (indications, méthode, et les médicaments utilisées.)
- * Evaluer le pronostic materno-fœtal et formuler des recommandations.

GENERALITES

I- Définition

L'utérus cicatriciel est un utérus porteur en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, d'une ou de plusieurs cicatrices myométriales à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme. Cette définition exclut les cicatrices uniquement séreuses ou muqueuses comme on peut les rencontrer lors de certaines myomectomies pour myomes sous-séreux, de cure de synéchies ou de résection de polypes perhystéroscopiques sans effraction du myomètre. [3].

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

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

- Les césariennes et les extractions fœtales par hystérotomie qui peuvent être à l'origine de :
 - * soit d'une cicatrice transversale sur le segment inférieur (cicatrice segmentaire transversale) ;
 - * soit d'une cicatrice verticale sur le corps utérin avec extension plus ou moins longue sur le segment inférieur (cicatrice corporéale verticale ou segmento-corporéale verticale) ;
 - * soit d'une cicatrice mixte en forme de T inversé, c'est à dire transversale, segmentaire et verticale corporéale.
- Les myomectomies : ablation d'un ou de plusieurs myomes.
- Les plasties utérines : réparation des anomalies congénitales ou acquises (synéchies) de l'utérus.
- Les traumatismes de l'utérus :

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

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

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

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

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

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

II- UTERUS GRAVIDE

A- Les modifications anatomiques de l'utérus pendant la grossesse

[7,3].

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

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

1- Le corps de l'utérus

1-1- Anatomie macroscopique

Sur le plan macroscopique on note :

- a) Une augmentation progressive du volume, augmentation plus marquée au fur et à mesure que la grossesse avance. L'utérus devient ovoïde par la suite avec une extrémité qui devient grosse vers la vingtième semaine. Ainsi les dimensions suivantes peuvent être considérées.

Tableau I : Dimensions de l'utérus

	Hauteur	Largeur
Utérus non gravide	6-8 cm	4-5 cm
A la fin du 3^{ème} mois	13 cm	10 cm
A la fin du 6^{ème} mois	24 cm	16 cm
A terme	32 cm	22 cm

b) Une augmentation de poids de l'utérus qui fait que ce dernier peut passer de 50 grammes (utérus non gravide) à 900 voir 1200 grammes (utérus à terme).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- En avant, sa face antérieure répond directement à la paroi abdominale sans interposition d'épiploon ou d'anses grêles chez la femme indemne d'opération abdominale. Dans sa partie inférieure, elle entre en rapport avec la vessie lorsqu'elle est pleine ;
- En arrière, l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte avec les muscles psoas croisés par les uretères et une partie des anses grêles ;

- En haut, le fond utérin soulève le côlon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut entrer en rapport avec les fausses côtes.
- A droite, il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire ;
- Le bord droit regarde en arrière, il entre en contact avec le cæcum et le côlon ascendant ;
- Le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et en arrière au côlon descendant.

1-2- Structure

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

a) La séreuse

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

b) La musculuse

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

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

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

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

c) La muqueuse

Dès l'implantation, la muqueuse se transforme en caduque. Au cours des quatre premiers mois, la muqueuse s'hypertrophie au point d'atteindre 1 cm d'épaisseur. On y retrouve deux couches :

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

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

2- LE SEGMENT INFÉRIEUR

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

Le segment inférieur est une entité anatomique et physiologique qu'acquiert l'utérus gravide au cours de la gestation ; anatomiquement mal définie car sa forme, son étendue et ses limites sont variables. Sa minceur, sa moindre richesse en vaisseaux sanguins, en font une région de choix non seulement

pour incision au cours des césariennes, mais encore pour les ruptures utérines.

2-1- Anatomie macroscopique

a) Forme

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

b) Situation

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

c) Caractères

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

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

d) Limites

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

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

e) Origine et Formation

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

f) Rapports

En avant : Le segment inférieur est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décollable, alors qu'il adhère au corps. Cette disposition permet de réaliser une bonne protection péritonéale de la cicatrice utérine dans la césarienne segmentaire. Le péritoine, après avoir formé le cul-de-sac vésico-utérin, tapisse la face postéro-supérieure de la vessie, puis devient pariétale, doublant la paroi abdominale antérieure.

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

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

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

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

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

2-2- Structure

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

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

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

2-3- Applications pratiques

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

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

C'est une zone de transmission, d'accommodation et d'effacement. Sur le plan pathologique, c'est le lieu de prédilection pour les ruptures utérines, et, le point d'insertion des placentas praevia.

[7]

3- LE COL DE L'UTERUS

Le col se modifie peu pendant la grossesse.

a) Anatomie macroscopique

Son volume et sa forme ne changent pas.

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

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

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

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

b) Structure

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

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

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

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

[7].

B- VASCULARISATION DE L'UTERUS GRAVIDE

1- les artères

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

Il existe une zone médiane longitudinale peu vascularisée qui est empruntée par l'incision de l'hystérotomie dans la césarienne corporéale. Dans l'épaisseur du corps, elles parcourent les anneaux musculaires de la couche plexiforme, deviennent rectilignes, s'anastomosent richement en regard de l'aire

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

1- Les veines

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

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

3- Les lymphatiques

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

C- INNERVATION DE L'UTERUS GRAVIDE

Deux systèmes sont en jeu :

1- Le système intrinsèque

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

2- Le système extrinsèque

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

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

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

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

D- PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS GRAVIDE

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

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

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

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

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

1- La dilatation du col

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

a)- La phase préliminaire ou phase de formation du segment inférieur :

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

b)- La phase concomitante se caractérise par :

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

c) La phase de réalisation c'est celle de la dilatation proprement dite.

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

- La présence de bonnes contractions utérines,
- Un segment inférieur bien formé qui transmet les forces à un col « préparé » ;

- Une présentation adéquate qui plonge dans un bassin normal,
- Une bonne accommodation foeto-pelvienne.

2- L'accommodation comprend :

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

La rotation et la descente intra-pelvienne,

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

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

III- LA CICATRICE UTERINE

A – Etat de la cicatrice [8]

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

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

1- Interventions chirurgicales

a) Obstétricales

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

La césarienne corporéale est une incision ouverture sagittale verticale du corps utérin. Elle contre-indique le travail en raison du risque élevé de rupture utérine. On y classe dans la même catégorie les incisions segmento-corporéale ainsi que la mini-césarienne pour avortement thérapeutique du 2^{ème} trimestre qui, elle aussi, est corporéale. **[3]**.

La césarienne segmentaire est pratiquement toujours transversale mais elle peut être parfois verticale avec un risque que l'incision se prolonge vers le haut la transformant en segmento-corporéale. Toutefois l'incision transversale doit être suffisamment large et arciforme à concavité supérieure pour éviter de voir « filer » l'incision latéralement avec le risque d'une atteinte du pédicule vasculaire utérin qui pose alors parfois de délicats problèmes d'hémostase.**[3]**

Toutefois dans l'hystérotomie segmentaire, la qualité de la cicatrice tient pour beaucoup à la bonne exécution de la suture. En raison de la disposition lamellaire des plans du segment inférieur, surtout dans l'incision transversale, on doit prendre les soins de charger avec l'aiguille, de chaque côté, la totalité de l'épaisseur des tranches. Un opérateur insuffisamment entraîné peut fort ne saisir qu'une des lames et il est probable qu'une partie des désunions futures tiennent de cette faute technique

aisément évitable. Un plan unique est préférable à la superposition des sutures qui crée des processus propices aux rétentions. La facile reconstitution de la séreuse péritonéale assure une bonne protection de la suture. Les désunions de cicatrice segmentaire se font dans un contexte différent des ruptures utérines vraies et passent souvent inaperçues.

*** Curetages :**

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

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

b) Gynécologiques

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

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

La seule notion de myomectomie est insuffisante et on se doit de vérifier sur le compte rendu opératoire : le siège, la taille, le nombre de myome, ainsi que le nombre de cicatrices nécessaire à leur extirpation. Enfin on tiendra compte de la complexité de l'hystéro plastie secondaire qui a été nécessaire. [3].

*** Hystéro Plasties :**

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

- **Intervention de Bret-Palmer** (France 1959) encore appelée intervention de Tompkins (USA 1962) : Il s'agit d'une technique abdominale très ingénieuse de section de la cloison sans résection du myomètre ni même résection de l'étoffe de la cloison. Le principe de cette opération maintenant périmée mérite un rappel : incision sagittale médiane de l'utérus jusqu'au bout inférieur de la cloison ; les deux hémi-cloisons ainsi formées sont sectionnées de bas en haut à mi-distance des faces antérieure et postérieure sous le contrôle de la vue ; l'utérus est refermé en deux plans dans le sens de son incision.

Les résultats excellents de cette opération, tant sur le taux de grossesse que sur la qualité de la cavité utérine et du myomètre,

ont transformé le pronostic de l'affection. La nécessité d'une laparotomie, confrontée à l'existence d'un taux de naissances vivantes sans traitement ou sous couvert d'un simple cerclage de l'ordre de 50%, faisant cependant reculer l'indication opératoire après la survenue de 2 à 3 avortements caractéristiques.

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

*** Réimplantations tubaires et salpingectomies**

Sont très souvent causes de rupture utérine précoce survenant la plupart du temps pendant le 2^{ème} trimestre de la grossesse et sa traduction clinique est souvent bruyante avec un tableau d'hémorragie interne. Il n'y a pas de moyen absolu de se prémunir de telles ruptures de la corne après salpingectomie, que l'on ait ou pas conservé la portion interstitielle de la trompe, l'œuf pouvant s'implanter dans la paroi utérine en cas de résection ou dans le moignon interstitiel restant.

2- Accident au cours du travail : Ruptures utérines

Elles sont soit spontanées soit provoquées.

*** Ruptures spontanées :**

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

*** Ruptures provoquées :**

Elles sont iatrogènes et la conséquence d'un manque de vigilance ou de compétence. Il s'agit la plupart du temps de l'utilisation abusive d'ocytociques (Syntocinon®) et de prostaglandines (Cytotec®), de pratique de manœuvres obstétricales instrumentales et non instrumentales.

3- Traumatismes

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

C- complications

1- Ruptures utérines

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

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

Dans les ruptures incomplètes, le péritoine viscéral et les membranes ovulaires restant intacts, le fœtus va continuer à

séjourner dans l'utérus expliquant ainsi la différence de mortalité foetale entraînée par ces deux types de ruptures. Cette déhiscence peut atteindre tout ou une partie de la réalisation quasi exclusive de césariennes segmentaires.

Actuellement, dans les pays développés, le nombre de ruptures asymptomatiques est beaucoup plus fréquent, surtout pour les déhiscences qui sont pratiquement toujours d'une découverte soit opératoire lors de la césarienne soit au moment de la révision utérine. Les signes d'alarme classique représentés par l'hémorragie, la douleur au niveau de la cicatrice et la souffrance foetale aiguë, sont souvent absents mais toujours fréquents dans nos pays [3].

2- Placenta praevia

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

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

D- DIAGNOSTIC DES DIFFERENTES COMPLICATIONS

1- Rupture utérine sur utérus cicatriciel

Les désunions de cicatrice sont les formes de rupture de l'obstétrique actuelle. Le fœtus reste dans l'utérus. Elles peuvent même ne se manifester qu'après l'accouchement. La rupture pendant la grossesse, volontiers, survient sur un utérus mal formé ou cicatriciel. La cicatrice est généralement corporéale. Les ruptures utérines des utérus porteurs de cicatrice se caractérisent par leur allure sournoise ; d'où l'intérêt d'une anamnèse minutieuse. Les désunions d'une cicatrice de césarienne antérieure en sont l'étiologie principale. Elles peuvent aussi avoir pour cause une ancienne perforation utérine, une rupture cervico-segmentaire ancienne méconnue. Leur symptomatologie est variée mais le plus souvent discrète.

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

Parfois c'est le tableau d'une altération progressive de l'état général, car ces désunions de blessures anciennes saignent peu et ne sont pas douloureuses, d'autant plus que la douleur peut être masquée par une anesthésie péridurale. L'altération du faciès, la pâleur, les tendances syncopales, le refroidissement, l'accélération du pouls, la chute tensionnelle, la remontée de la

présentation qui cesse d'être accommodée au détroit supérieur, sont les signes principaux . Ils s'accompagnent de modifications, voire de la disparition des bruits du cœur fœtal. Ce tableau de choc peut s'observer à n'importe quel moment du travail.

La rupture peut ne se révéler qu'après l'accouchement, mais en général avant la délivrance, sous des aspects peu explicites. Une petite hémorragie se produit et se prolonge ; ou bien au contraire, en l'absence de saignement, le placenta ne se décolle pas, cependant que l'état général s'altère plus ou moins. On est ainsi amené à pratiquer une délivrance artificielle et à reconnaître la rupture.

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

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

2-Rupture utérine et placenta accréta

La patiente présente un long passé de douleurs abdominales ayant évolué par poussées au cours de presque toute la grossesse. C'est une de ces crises qui va aboutir à la rupture, le plus souvent avant le début du travail. On peut retrouver une

métrorragie. La palpation retrouve une contracture utérine ; le diagnostic sera celui du décollement prématuré du placenta normalement inséré. Il ne faut pas hésiter à faire une laparotomie. Au total : le diagnostic peut être facile mais parfois il est impossible à affirmer. Il est très facile :

- Après une révision utérine.
 - Après une manœuvre qui, laborieuse au début, devient brusquement facile.
 - Lorsque tous les signes cliniques sont réunis : choc hémorragique, bruit du cœur fœtal négatif, fœtus sous la peau.
- Dans ces cas le diagnostic s'impose par son évidence.

Au contraire, le diagnostic devient problématique en cas de :

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

IV-CONDUITE A TENIR LORS D'UN NOUVEL ACCOUCHEMENT

La conduite de l'accouchement sur utérus cicatriciel s'appelle l'épreuve utérine. Elle expose au risque de rupture utérine avec ses conséquences fœtales (souffrances fœtales aiguë, mort in utero) et maternelles (hémorragie, hystérectomie). Grâce à une sélection correcte des patientes et à une surveillance rigoureuse de l'épreuve, le taux de rupture utérine varie entre 0 et 1% sans retentissement fœtal [9].

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

- **l'accouchement par voie basse** ou du moins sa tentative se prévoit et se prépare. Alors même qu'il a été jugé possible, une césarienne peut encore être décidée au cours du travail pour anomalies contractiles avec arrêt de progression de la dilatation, défaut d'engagement, souffrance fœtale ou en raison de l'apparition de signes pouvant faire redouter une rupture : endolorissement permanent, douleurs provoquées dans la région sus pubienne, pertes de sang etc....

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

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

- **la césarienne itérative**

Toute césarienne corporeale antérieure est l'indication de la césarienne itérative. Elle s'impose en cas de dystocie permanente ; quand la femme a été déjà césarisée plusieurs fois ou en cas d'excès de volume utérin. La voie haute doit encore être envisagée quand les suites de la précédente césarienne ont été compliquées d'infection liée à une endométrite (fièvre élevée et

persistante, suppuration, lochies fétides, rejet de débris sphacéliques) Pour la grossesse en cours, si le placenta est bas inséré ou inséré sur la cicatrice antérieure, une césarienne de principe sera faite. IL en est de même lorsqu'une présentation du siège ayant motivé la première césarienne est à nouveau constatée lors de la grossesse suivante. De toute façon une césarienne de principe sera effectuée si les moyens de surveillance sont insuffisants, ou si les garanties de sécurités ne sont pas réunies [7].

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

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

A- La césarienne prophylactique [9]

Les indications

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

1-1- les rétrécissements pelviens

Les bassins chirurgicaux sont bien sûr une indication de césarienne itérative. Dans les rétrécissements pelviens, l'indication n'est pas toujours aussi évidente, d'autant que chez la primipare est souvent mixte et liée, certes au rétrécissement, mais aussi à une présentation mal fléchie. Il faut donc revoir dans le compte rendu de l'accouchement, la présentation, les traces, le parthogramme et vérifier la réalité du rétrécissement par une radiopelvimétrie qui sera confrontée au bi pariétal de la grossesse en cours. Les rétrécissements pelviens modérés ne sont pas une indication de césarienne prophylactique itérative, si la confrontation céphalo-pelvienne clinique, radiologique et échographique est favorable.

1-2-La cicatrice utérine

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

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

- cicatrice de césarienne sur un utérus mal formé
- cicatrice de la classe IV de Poitevin, c'est à dire dont le diverticule mesuré sur l'hystérographie fait plus de 6 mm où présente un trajet fistuleux.
- Patientes ayant eu une complication infectieuse pelvienne prouvée à l'issue de la césarienne antérieure.
- Cicatrices utérines dont on ignore l'indication, la technique de réalisation, les suites, surtout si elles ont été réalisées dans un pays où la densité médicale est faible.

1-3- La grossesse actuelle

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

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

1- particularités techniques de la césarienne

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

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

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

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

B- L'épreuve utérine

1- Les conditions de réalisation

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

1-1- les cas favorables

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

Les éléments du pronostic sont constitués par [3].

- une césarienne antérieure purement segmentaire avec des suites opératoires simples. L'hystérogrographie faite en dehors de la grossesse, au moins 6 mois après l'accouchement, peuvent donner des renseignements sur la qualité de la cicatrice segmentaire. Le cliché de profil est le plus instructif. La voie basse est autorisée quand il n'existe aucune modification du contour antérieur de l'isthme. Elle est dangereuse quand ce contour est déformé par une large sacculatation. Mais des images discrètes, encoches, spicules, ont une signification encore imprécise, au moins en ce qui concerne la conduite à tenir.
- l'absence de malformation utérine
- l'absence de pathologie maternelle contre-indiquant la voie basse
- une confrontation foeto-pelvienne favorable

- l'absence de surdistension utérine notable (hydramnios, grossesses multiples)
- une présentation du sommet
- un placenta non inséré sur la cicatrice
- l'absence de dystocie surajoutée
- un centre obstétrical avec une infrastructure adaptée et une équipe obstétricale qualifiée.
- L'accord de la patiente ; bien que cela consiste à informer plutôt qu'à prendre l'avis de la patiente.

1-2- les cas limites La constatation d'un rétrécissement pelvien modéré est fréquente au cours de ce bilan. Elle ne doit pas être pour autant une contre-indication de l'épreuve utérine tant que la confrontation céphalo-pelvienne sur le diagramme de Magnin se situe dans la zone d'eutocie, et qu'il n'existe pas de signes cliniques défavorables. Cependant, il est nécessaire qu'en cas de rétrécissement pelvien celui-ci soit noté sur le dossier, et que les consignes soient données pour une épreuve utérine prudente en précisant son pronostic et sa durée (surtout si l'on se situe dans la zone d'incertitude du diagramme de confrontation céphalo-pelvienne [9]).

1-3- Déclenchement et utérus cicatriciel

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

Par contre, dans des cas très bien choisis (col effacé, dilaté à 2-3 cm, souple), le déclenchement est tout à fait acceptable sous réserve que l'on rompe d'emblée les membranes et que l'on mette

une tocographie interne. La seule rupture des membranes permet d'ailleurs assez souvent d'obtenir une activité utérine et les doses de syntocinon® ne dépassent pas dans ces conditions 10 mU/min. [9]

2- Conduite de l'épreuve utérine (9)

2-1- Les éléments de surveillance

a- Les contractions utérines

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

b- Le rythme cardiaque fœtal

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

c- Les signes cliniques de la rupture utérine

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

- la douleur au niveau de la cicatrice pendant la contraction et persistant en dehors d'elle est évocatrice.
- Un saignement vaginal est inconstant mais également évocateur, une hypocinésie avec stagnation de la dilatation alors que les contractions étaient régulières est un signe d'alarme, de

même qu'une hypercinésie de fréquence ou une élévation du tonus de base.

- La souffrance fœtale aiguë, la tachycardie maternelle, l'état de choc avec hématurie réalisant des tableaux évidents et tardifs.

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

2-2- Evolution du travail dans l'épreuve utérine

Elle est favorable le plus souvent car toutes les disproportions foeto-pelviennes ont été exclues ; de ce fait le taux de césariennes au cours de l'épreuve utérine est diminué. L'anomalie la plus fréquente au cours du travail est le ralentissement ou la stagnation de la dilatation.

L'hypocinésie est la cause la plus habituelle. Son diagnostic et son traitement par les ocytociques nécessitent la topographie interne. En l'absence de cette technologie, le diagnostic peut parfois passer inaperçu et la prescription d'ocytocique est interdite car dangereuse ; dans ces cas là on passe à la césarienne. La dystocie cervicale est diagnostiquée devant une stagnation de la dilatation avec une activité utérine correcte. Le col est rigide, des antispasmodiques doivent être administrés et leur effet jugé rapidement. En cas de stagnation de la dilatation pendant deux heures ou de dilatation inférieure à 1 cm par heure, il faut pratiquer une césarienne.

2-3- L'expulsion

L'extraction instrumentale ne doit pas être systématique ; par contre après 20 minutes d'efforts expulsifs, une application

de forceps ou de ventouse s'impose. L'expression abdominale est à bannir.

2-4- La révision utérine

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

- La rupture de la cicatrice

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

Lors de l'intervention, la présence de sang dans le ventre signe la déchirure péritonéale. Après avoir décailloté, on repère les berges de la déchirure et détermine l'atteinte d'un ou des deux pédicules et l'état de la vessie. L'hystérectomie conservant les ovaires s'impose si les lésions intéressent les deux pédicules utérins ou s'étendent au corps utérin. Le plus souvent, la suture de la brèche est possible après régularisation des bords de la brèche, même si un seul pédicule utérin est intact, l'autre étant bien sûr lié. La suture est faite comme dans les césariennes. On vérifie la vessie qui sera

éventuellement suturée avec du fil résorbable (Catgut et Vicryl).
On discutera d'une ligature tubaire

- La déhiscence de la cicatrice

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

V- ELEMENTS DE DECISION POUR L'ACCOUCHEMENT A VENIR [7].

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

1- Type de césarienne antérieure

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

Il est indispensable d'avoir le compte rendu opératoire détaillé de l'intervention précédente. L'hystérogaphie faite en dehors de la grossesse, au moins six mois après l'accouchement, peuvent donner des renseignements sur la qualité de la cicatrice

segmentaire. Le cliché de profil est le plus instructif. La voie basse est autorisée quand il n'existe aucune modification du contour antérieur de l'isthme. Elle est dangereuse quand ce contour est déformé par une large sacculaton.

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

2- Indications de la césarienne antérieure

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

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

VI- CLASSIFICATION DES UTERUS CICATRICIELS

1- Classification hystérosalpingographique selon Thoulon [3].

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

- Groupe 1 : cicatrice invisible radiologiquement.
- Groupe 2 : déformation inférieure à 4 mm.
- Groupe 3 : déformation profonde de 4 à 5 mm et d'aspect bénin (coin, encoche, baïonnette)
- Groupe 4 : déformation supérieure ou égale à 6 mm et d'aspect péjoratif (bouchon de champagne, pseudodiverticulaire, aspect de hernie ou de fistule).

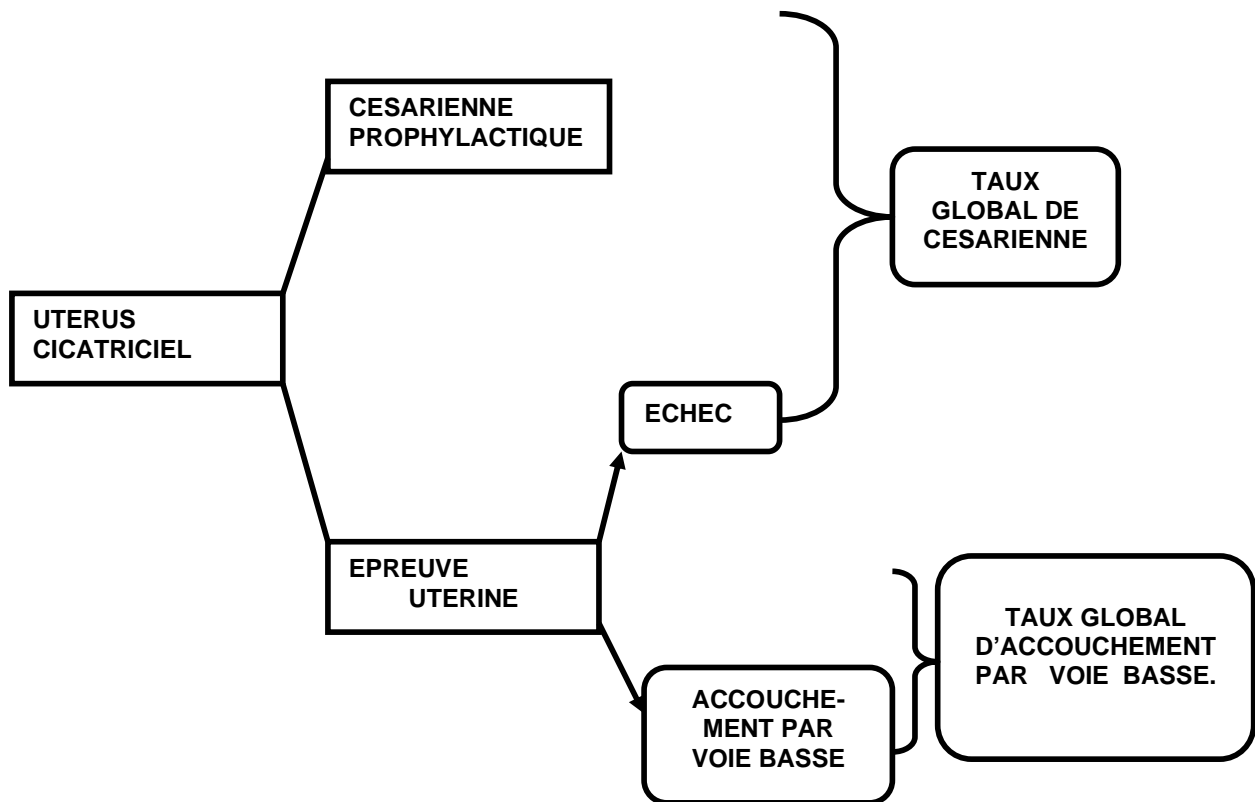
Le nombre important d'images du groupe 3 et 4 (20%) ainsi que le manque de concordance retrouvé à posteriori entre les ruptures constatées et les images radiologiques font qu'il ne peut y avoir d'indication de césarienne prophylactique sur le seul argument d'une image radiologique pathologique, à l'exception,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

2- Classification échographique selon Rozenberg [24].

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

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

Modalités d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel [9] :



METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

Notre étude a eu lieu dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Ce centre est situé dans une zone périphérique en pleine croissance démographique où les problèmes de santé sont préoccupants avec un nombre élevé de structures de santé (9 CScCom) qui s'y réfèrent.

La maternité du Centre de santé de référence de la commune V comprend :

Une Unité grossesses à risque

Une Unité accouchement/suites de couches

Une Unité de soins après avortement (SAA)

Une Unité de néonatalogie

Une Unité de CPN (Consultations prénatales)

Une Unité de PF (Planning familial) et post natales

Une Unité bloc opératoire

Une Unité des urgences gynécologiques et obstétricales

La permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

Un CES en gynéco-obstétrique

Cinq étudiants en médecine faisant fonction d'interne (FFI)

Deux sages femmes

Une aide soignante

Un infirmier anesthésiste

Un technicien de laboratoire

Un(e) caissier (e)

Un chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les hôpitaux nationaux (HNPG, HGT) et le Centre national de transfusion sanguine (CNTS).

Deux garçons de salle assurant la propreté permanente du service.

Au niveau de l'organisation matériel du service de garde, l'équipe dispose de :

Quatre tables d'accouchement

Deux salles d'opération fonctionnelles

Un dépôt de sang

Un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.

Un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à 8H15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés dans les 24 heures durant la garde.

Il y a 4 jours de consultations spécialisées, 4 jours pour le programme opératoire. Les urgences sont assurées tous les jours.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque jeudi après le staff.

2-Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et transversale.

3- Période d'étude

L'étude s'est étendue sur une période de 3 mois allant du 1er janvier 2007 au 31 Mars 2007.

4-Population d'étude

Notre étude s'est portée sur toutes les parturientes admises en salle d'accouchement durant la période d'étude.

5- Echantillonnage

a) Taille de l'échantillon

L'étude s'est portée sur 77 parturientes porteuses de cicatrice utérine.

b) critères d'inclusion

Toute parturiente porteuse d'une cicatrice utérine de césarienne ou de myomectomie chez qui un essai d'accouchement par voie basse a été indiquée durant la période d'étude.

c) critères de non inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude des parturientes :

- porteuses d'un utérus cicatriciel avec indication de césarienne (BGR, SFA, bassin limite utérus cicatriciel, présentations vicieuses...)
- porteuses de cicatrices de rupture utérine
- porteuses de cicatrices de plasties utérines
- porteuses de cicatrices utérines qui ont accouché à domicile ou dans d'autre structure sanitaire.
- d'utérus multi cicatriciel.

6-Conduite de l'épreuve utérine : l'épreuve utérine a été menée chez toutes les parturientes dans des conditions rigoureuses avec surveillance stricte, après avoir éliminer toute contre-indication et en l'absence de toute perfusion d'ocytociques.

7-Variables étudiées

Les variables suivantes ont été étudiées : âge, profession, statut matrimonial, ethnie, niveau d'alphabétisation en français, les antécédents, intervalle inter gènesique, type d'hystérotomie, type de myomectomie mode d'admission référence/évacuation (lieu, motif, moyen, support), CPN, indication de la cicatrice utérine, terme de la grossesse, les résultats de l'épreuve utérine, type de délivrance, les complications de la voie basse, les complications de la césarienne, pronostic maternel, pronostic foetal .

8-Recueil des données

Nos données ont été recueillies à partir de :

- Fiches d'enquête (voir annexes)
- dossiers obstétricaux
- Partogrammes
- Registre de compte- rendu opératoire
- Registres d'accouchement

9- Traitement des données :

Les données ont été saisies sur le logiciel Epi info Version 6.04 d Fr

10- Définitions opératoires :

- **Accouchement** : C'est l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales après 28 SA.
- **Utérus cicatriciel** : C'est un utérus porteur en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, d'une ou de plusieurs cicatrices myométriales à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme.
- **Epreuve utérine** : C'est un essai d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel avec bassin normal.

- **Gestité** : elle se définit comme étant le nombre de grossesse d'une femme
- **Nulligeste** : c'est une femme qui n'a jamais contracté de grossesse
- **Paucigeste** : c'est une femme qui a contracté entre 2 à 3 grossesses
- **Multigeste** : c'est une femme qui a contracté entre 4 à 5 grossesses
 - **Grande multigeste** : lorsque le nombre de grossesse est ≥ 6
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement
- **Nullipare** : c'est une femme qui n'a jamais accouché
- **Paucipare** : c'est une femme qui a accouché 2 à 3 fois
- **Multipare** : c'est une femme qui a accouché entre 4 à 5 fois
- **Grande multipare** : lorsque le nombre d'accouchement est ≥ 6
- **Référence** : mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée.
- **Evacuation**: la référence dans un contexte d'urgence.

RESULTATS

I-FREQUENCE

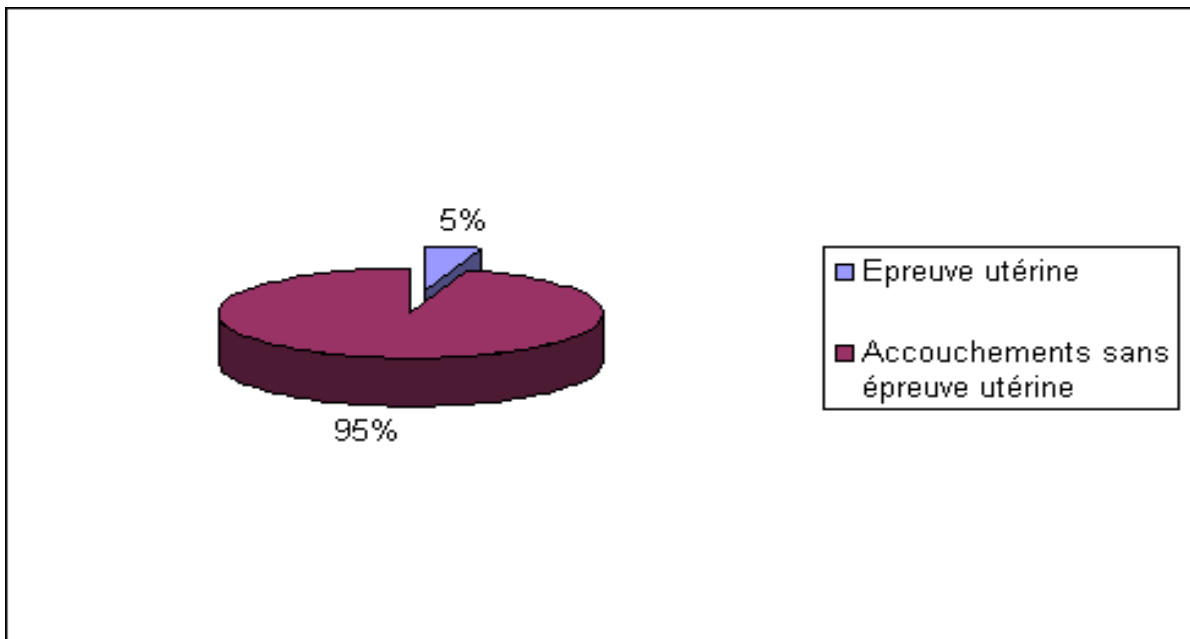


Figure 1: la Fréquence de l'accouchement sur utérus cicatriciel (Épreuve utérine)

II-PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DES GESTANTES.

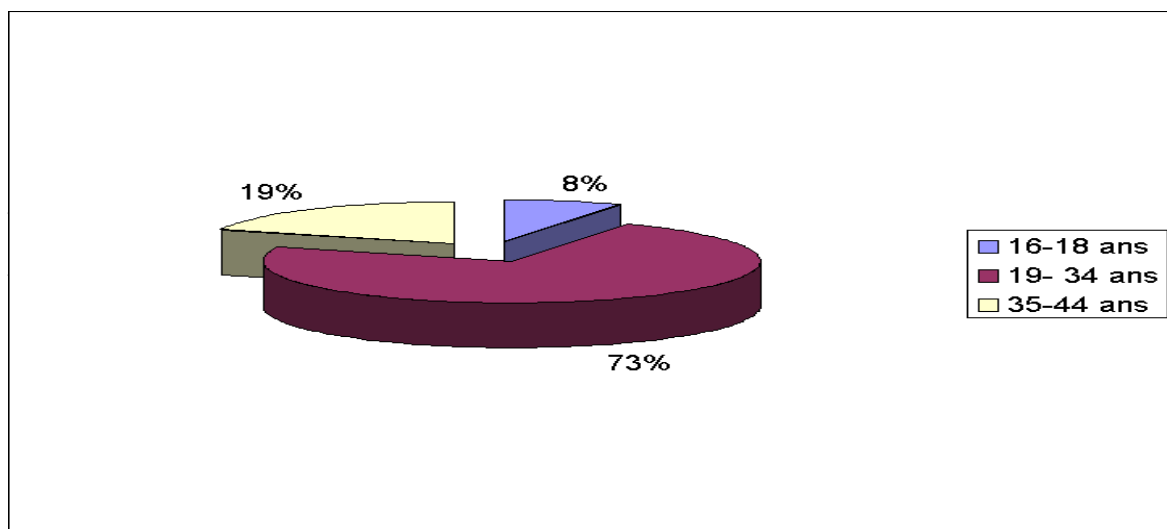


Figure 2: Répartition des parturientes en fonction des tranches d'âge

Agés extrêmes : 16ans et 44ans

Age moyen 26ans + ou - 4,13

Age médian 30ans

Tableau II : Répartition des parturientes en fonction de leur ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentages
Bambara	36	46,7
Peulh	7	9
Sonrhaï	4	5,2
Soninké	12	15,6
Autre	18	23,5
Total	77	100

Autres= Dogon, Malinkés, Bozo, Somono

Tableau III : Répartition des parturientes en fonction de leur statut matrimonial

Statut	Effectifs	Pourcentages
matrimonial		
Mariée	73	94,8
Célibataire	4	5,2
Total	77	100

Tableau IV : Répartition des parturientes en fonction de leur profession

Profession	Effectifs	Pourcentages
Sans profession	45	58,4
Commerçante/Vendeuse	20	26
Employée de l'Etat	3	3,9
Etudiante/Elève	8	10,4
Autre	1	1,3
Total	77	100

NB : Autre = aide ménagère.

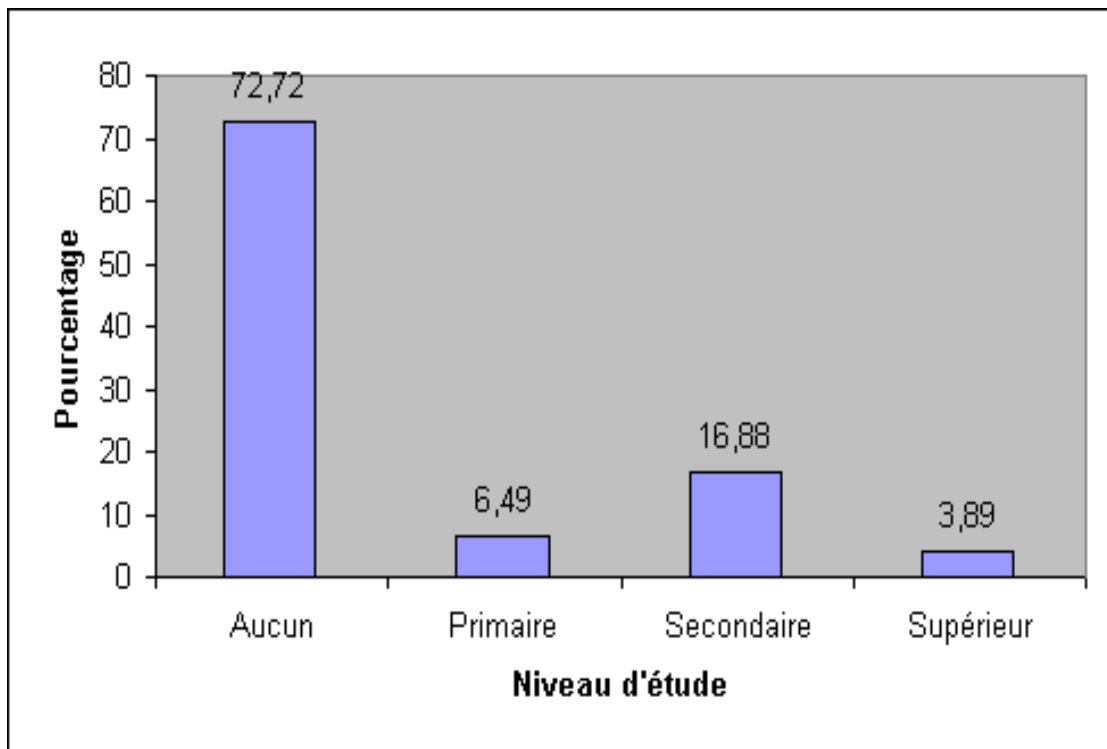


Figure 3: Répartition des parturientes en fonction du niveau d'alphabétisation en français

III-CARACTERISTIQUES CLINIQUES

1-Antécédents

Tableau V : Répartition des parturientes en fonction de la gestité

Gestité	Effectifs	Pourcentages
Primigeste	1	1,3
Paucigeste	36	46,7
Multigeste	24	31,2
Grande		
multigeste	16	20,8
Total	77	100

Tableau VI: Répartition des parturientes en fonction de la parité

Parité	Effectifs	Pourcentages
Nullipare	1	1,3
Primipare	26	33,7
Paucipare	38	49,3
Multipare	8	10,4
Grande		
multipare	4	5,3
Total	77	100

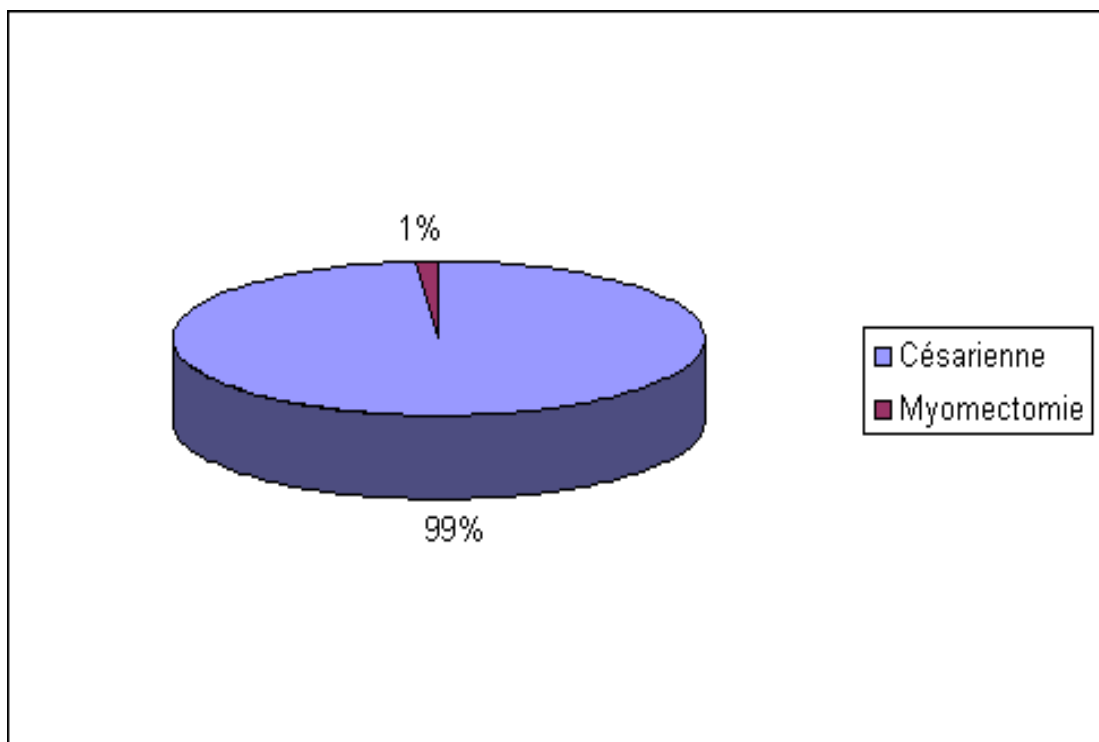


Figure 4 : Répartition des parturientes en fonction de la nature de la cicatrice utérine

Tableau VII : Répartition des parturientes en fonction du type d'hystérotomie

Type	Effectifs	Pourcentages
d'hystérotomie		
Segmentaire		
transversale	76	98,7
Segmento-		
corporeale	1	1,3
Total	77	100

2-Characteristiques de la grossesse actuelle

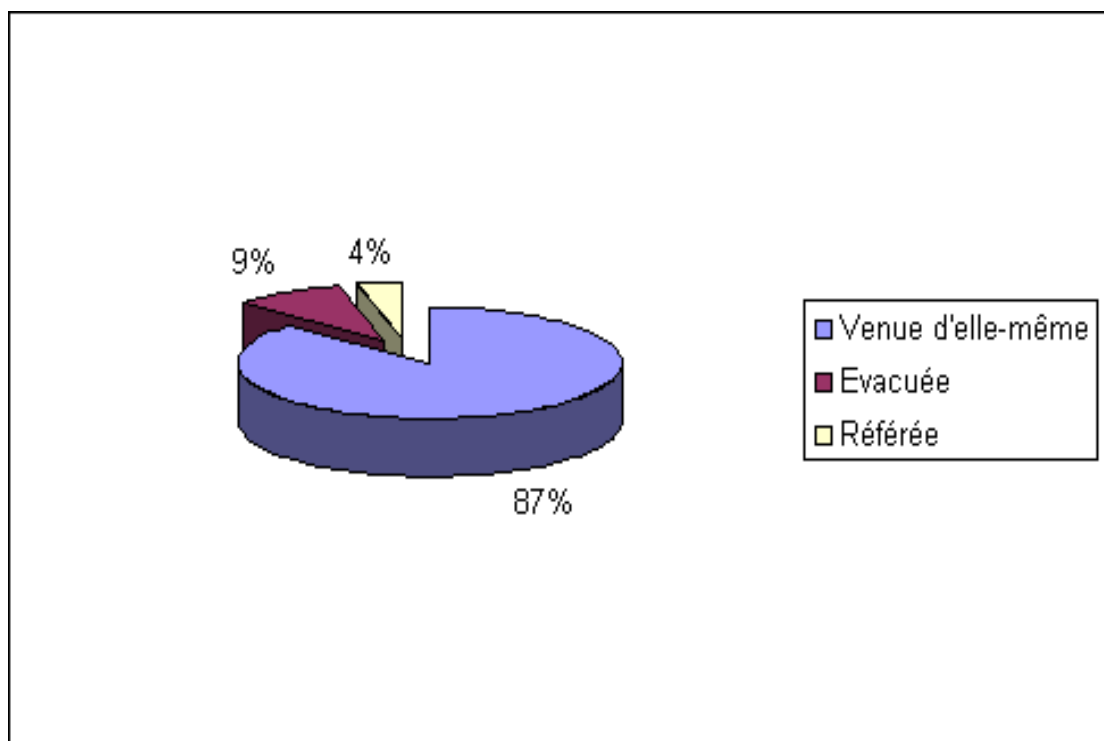


Figure 5 : Répartition des parturientes en fonction du mode d'admission

Tableau VIII : Répartition des parturientes en fonction de l'intervalle inter génésique (II G) en année

I I G en année	Effectifs	Pourcentages
> 2 ans	15	19,5
2 ans	46	59,7
< 2 ans	16	20,8
Total	77	100

Tableau IX : Répartition des parturientes en fonction du terme de la grossesse actuelle

Terme de la grossesse en SA	Effectifs	Pourcentages
< 37	2	2,6
37-42	71	92,2
Plus de 42	4	5,2
Total	77	100

Tableau X: Répartition des parturientes en fonction du nombre de consultations prénatales (CPN)

CPN effectuées	Effectifs	Pourcentages
0	17	22,1
1-3	40	52
4 ou plus	20	25,9
Total	77	100

Tableau XI: Répartition des parturientes référées en fonction du lieu de référence/évacuation

Lieu de référence	Effectifs	Pourcentages
CSCOM	9	90
Centre de santé de référence CV	1	10
Total	10	100

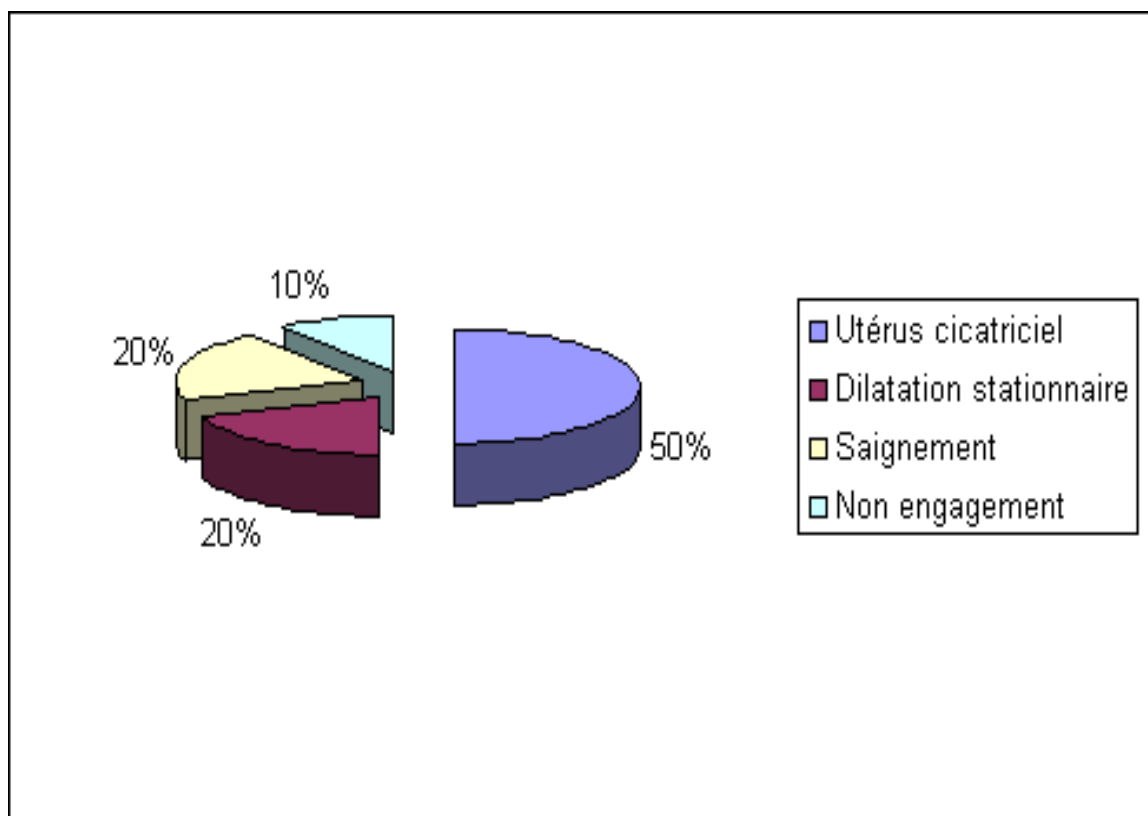


Figure 6: Répartition des parturientes référées en fonction du motif de référence/évacuation

Tableau XII : Répartition des parturientes en fonction du moyen de référence/évacuation

Moyen de transport	Effectifs	Pourcentages
Ambulance	5	50
Autres	5	50
Total	10	100

Autres=Taxi, Voiture personnelle.

Tableau XIII : Répartition des parturientes référées en fonction du support de référence/évacuation

Support de référence	Effectifs	Pourcentages
Partogramme	7	70
Fiche de référence	3	30
Total	10	100

Tableau XIV : Répartition des parturientes en fonction de la qualification de l'agent de la référence/évacuation.

Qualification de l'agent	Effectifs	Pourcentages
Médecin	2	20
Sage femme	6	60
Faisant fonction d'interne	2	20
Total	10	100

3- Caractéristiques liées à l'accouchement.

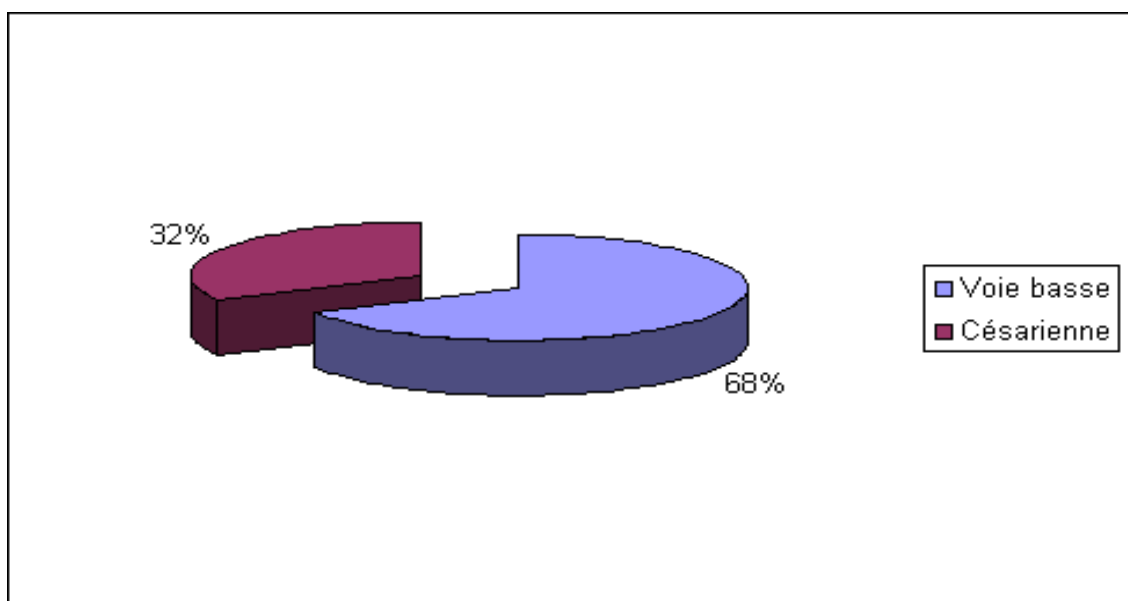


Figure 7: Répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement

Tableau XV : Répartition des parturientes césarisées en fonction de la cause de l'échec de l'épreuve utérine

Indications	Effectifs	Pourcentages
SFA	19	76
Sommet mal fléchi	4	16
Pathologie funiculaire	2	8
Total	25	100

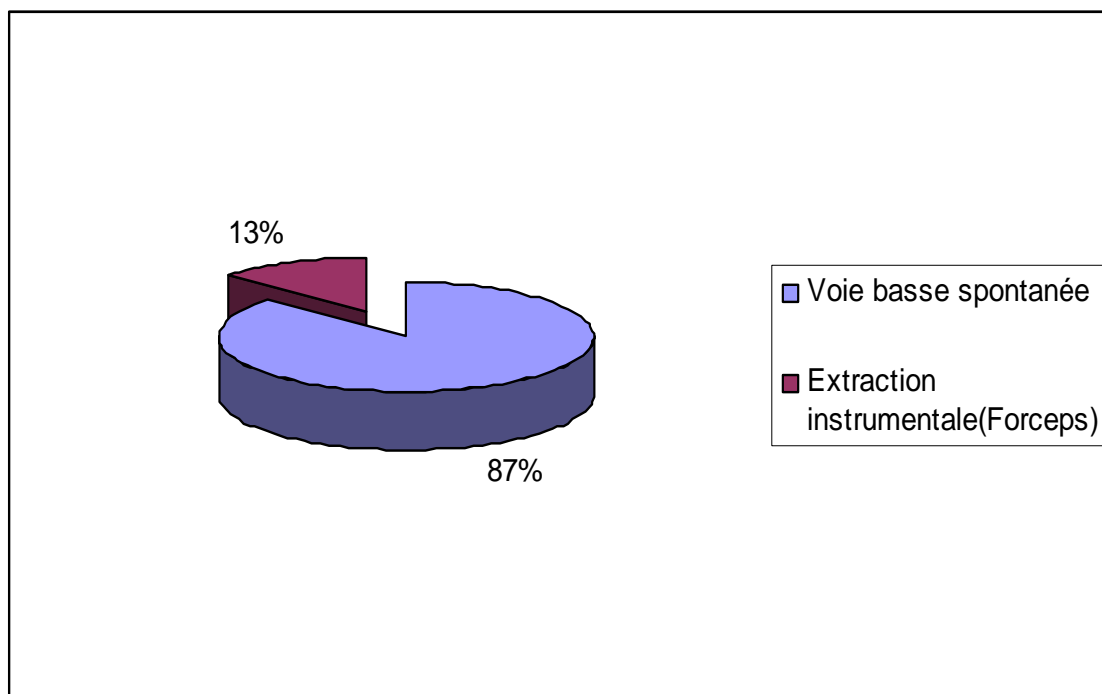


Figure 8: Répartition des parturientes accouchées par voie basse en fonction du mode d'accouchement

IV-LA DELIVRANCE :

Tableau XVI : Répartition des accouchées par voie basse en fonction du mode de délivrance

Mode de délivrance	Effectifs	Pourcentages
Active	51	98
Artificielle	1	2
Total	52	100

Tableau XVII : Répartition des accouchées par voie basse en fonction de la pratique de la révision utérine

Révision utérine	Effectifs	Pourcentages
Faite	50	96,2
Non faite	2	3,8
Total	52	100

Complications de l'accouchement

Tableau XVIII : Répartition des parturientes en fonction de l'existence ou non d'hémorragie de la délivrance

Hémorragie de la délivrance	Effectifs	Pourcentages
Non	75	97,4
Oui	2	2,6
Total	77	100

V-PRONOSTIC MATERNEL ET NEO NATAL :

1-Les mères :

Tableau XIX: Répartition des parturientes en fonction de leur état après l'accouchement

Etat de la mère	Effectifs	Pourcentages
Vivante	77	100
Décédée	0	0
Total	77	100

2-Les nouveau-nés :

Tableau XX : Répartition des nouveaux nés en fonction du score d'APGAR à la première minute

Score d'APGAR	première Mn		Cinquième Mn	
	Effectifs	%	Effectifs	%
0	1	1,3	1	1,3
Morbide (4-6)	1	1,3	0	0
Bon (7 à 10)	75	97,4	76	98,7
Total	77	100	77	100

Un cas soit 1,3% de mort né frais.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

I Fréquence :

Du 1er Janvier 2007 au 31 Mars 2007, nous avons effectué une épreuve utérine chez 77 parturientes sur un total de 1617 accouchements soit une prévalence de 4,76%. Ouattara.A en 2003 [10] a trouvé 3,7% ; Ba A. [4] en 2003 avait trouvé une fréquence globale à 8,89%. Flamm aux USA [11] a trouvé 9,2% et Boisselier [12] en France 5,3%.

II Profil socio-démographique des parturientes :

Age :

La tranche d'âge la plus représentée était de 19 – 34 ans avec 7,8% d'adolescentes. L'âge moyen était de 26,65 ans. Les âges extrêmes étaient 16 ans et 44 ans. Ouattara.A (10) a trouvé 16ans et 44ans comme ages extrêmes et A.Hamet 16ans et 48ans.

III ANTECEDENTS :

1-Parité

4 parturientes soit 5,3% étaient des grandes multipares.A Picaud [14] et Camus [15] M ont trouvé 12,6% et Diallo O [16] a trouvé 11,8% de grandes multipares.

2-Intervalle inter génésique :

La majorité des parturientes soit 79,2% des cas avait un intervalle inter génésique supérieur ou égal à 2ans malgré le niveau d'instruction de la population d'étude.Nous pensons que c'est une bonne pratique d'espacement de naissance en cas de cicatrice utérine qu'il faut envisager.BA.A [4] avaient un IIG inférieur à 2ans.

3-Nature de la cicatrice utérine : Dans notre échantillon 98,7% des parturientes étaient porteuses de cicatrice de césarienne et seulement dans 1, 3% des cas la cicatrice était liée à une myomectomie.

La majeure partie des césariennes premières concernait des primipares. Précocement mariées elles ont fait leur première grossesse sur un bassin immature. Le même constat est fait par certains auteurs : [17 ; 18 ; 19].

L'indication de la cicatrice n'était pas connue dans la majorité des cas.

IV Consultation prénatale (CPN):

Nous avons enregistré 60 parturientes soit 77,9% qui avaient fait au moins une CPN. 22, 1% des parturientes n'avaient fait aucune CPN. Nous pensons également que cela est une bonne pratique à encourager surtout chez les porteuses d'utérus cicatriciel. Le même constat a été fait par Keita .Y [20]= 83%.

V- Mode d'admission :

67 parturientes soit 87% sont venue d'elles même. Cela s'explique par le fait qu'il existe dans notre service une unité de prise en charge des grossesses à risque. 10 parturientes ont été référées dont 6 par les sages femmes parmi lesquelles l'utérus cicatriciel était le motif de référence chez 5 parturientes.

VI- Voie d'accouchement :

La pratique obstétricale dans un pays en voie de développement (faible niveau de la couverture et de qualité des soins prénatals, absence de cardiotocographe, manque d'information sur l'indication de la césarienne antérieure et le type de cicatrice

utérine), le risque de rupture utérine nous conduit souvent à réaliser des épreuves utérines de prudence.

L'accouchement par voie basse :

Durant la période d'étude l'épreuve utérine a réussi chez 52 parturientes soit 67,5% parmi lesquelles 7 par forceps (manque d'effort expulsif) .Ce taux élevé de réussite de l'épreuve utérine s'explique par notre attitude de prudence face aux parturientes ayant un utérus cicatriciel. L'utilisation d'ocytociques est contre indiquée dans notre service pour la correction de toute dystocie dynamique sur utérus cicatriciel. Van Walt [21] a rapporté 79,4% ; Tshilombo [22] 74,5% ; Mahon [23] 52,9% et Rozenberg [24] 74,6%.

Les facteurs prédictifs de succès de l'épreuve utérine :

-L'antécédent d'accouchement par voie basse de la parturiente avant la cicatrice utérine. Benzineb [6] trouve que le pourcentage des femmes qui ont réussi leur épreuve utérine est plus élevé lorsqu'il y a eu un ou plusieurs accouchements par voie basse avant la césarienne antérieure.

- L'antécédent d'accouchement par voie basse après la cicatrice utérine : c'est un facteur qui augmente significativement le taux d'accouchements ultérieurs normaux selon Benzineb [6].
- L'indication de la cicatrice utérine: une césarienne antérieure dont l'indication n'est pas liée à un obstacle pelvien.
- L'engagement de la présentation en fin de grossesse.
- Le bon mûrissement du col de l'utérus.

La césarienne sur utérus cicatriciel :

La césarienne a été indiquée chez 25 parturientes soit 32,5% suite à l'échec de l'épreuve utérine.

Nous avons fait 96% d'hystérotomie segmentaire transversale et 4% d'hystérotomie corporeale à cause des adhérences rendant le segment inférieur inaccessible et le décollement de la vessie impossible. Ceci s'explique par notre souci majeur de faire des cicatrices utérines de bonne qualité donc la cicatrice segmentaire. Ouattara A [10] a trouvé 99,6% d'hystérotomie segmentaire et 0,4% segmento-corporeale.

VII -Pronostic maternel et néonatal :

1-Mères :

Aucun décès maternel ni de déhiscence de cicatrice n'a été déploré. Deux parturientes, soit 2,6% ont présenté une hémorragie de la délivrance toutes par atonie utérine. Parmi les 52 accouchements par voie basse 50 parturientes soit 96% ont bénéficié d'une révision utérine. Cette pratique est systématique dans notre service après tout accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel. Ouattara.A [10] a enregistré 3 décès maternels tous par hémorragie. Notre résultat s'explique par la présence courante du personnel qualifié, la prise en charge rapide des urgences gynéco obstétricales et par la présence dans le service d'un dépôt de sang.

2-Les nouveau-nés :

Le score d'APGAR était entre 7 et 10 à la première minute chez 75 nouveaux nés soit 97,4%. Un cas soit 1,3% de mort né frais dans un contexte de pré éclampsie sévère enregistré durant la période d'étude.

En 2006 à l'hôpital régional de Gao, Diallo O. **[16]** a trouvé 22,80% des nouveaux nés avec un état général satisfaisant (Apgar entre 8 et 10 à la première minute).

Keïta Y. **[20]** a trouvé 6,8% de décès néonatal ; Sidibé I. **[26]** 88 cas, soit 26,7% et Diarra O. **[13]** a enregistré 31,4%.

CONCLUSION

A la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako, l'accouchement sur utérus cicatriciel est fréquent et le sera de plus en plus à cause de l'augmentation des indications de césarienne. L'information des gestantes sur la nécessité de fréquenter les consultations pré natales et d'accoucher en milieu spécialisé est à améliorer, la sensibilisation du personnel soignant en périphérie est à intensifier.

RECOMMANDATIONS

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

1- Aux femmes

- Fréquenter le plus possible les consultations prénatales et cela dès le début de la grossesse.
- Choisir d'accoucher dans un centre de santé équipé d'un plateau chirurgical et s'y rendre avant 37SA en dehors de tout travail d'accouchement.
- Se munir de tous les documents de l'intervention précédente pouvant aider à la prise en charge au centre de santé.

2- A la communauté

- Eviter les retards dans le recours aux soins.
- Participer à la dotation de banque de sang par des dons volontaires réguliers.

3- Aux prestataires

- IEC sur la gravité des complications de l'accouchement sur utérus cicatriciel.
- Faire prendre conscience aux gestantes qu'un utérus cicatriciel n'est plus un utérus normal.
- Remplir correctement les dossiers médicaux et comptes-rendus opératoires avec tous les détails.
- Classer les utérus cicatriciels parmi les grossesses à risque et déterminer le pronostic de l'accouchement avant tout travail.

4- Aux autorités régionales de la santé

- Créer un service de réanimation au Centre de Santé de Référence de la commune V.

- Assurer la formation continue des agents sanitaires dans les CSCOM.
- Doter la salle d'accouchement du centre de santé de référence de la commune V de toco-cardiographiques et d'échographes.

5- Aux autorités politiques et administratives

- Généraliser l'organisation, du système de référence – évacuation dans les communes.
- Améliorer les moyens de transport et l'état des routes.
- Equiper les centres de santé d'un plateau chirurgical complet.

REFERENCES

- 1- Dembélé BT.** Etude Epidémiologique, clinique, et pronostique des ruptures utérines au centre de santé de référence de la commune V du district de BAMAKO a propos de 114 cas Thèse de Médecine Bamako 2002 : 02 M 14.

- 2- Cissé CT ; Ewagnignon E ; Terolbe I ;** Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. J Gynécol Biol Reprod 1999 ; 28 ; 6 : 556-562.

- 3- Papiernick E., Cabrol D., Pons J-C.** Obstétrique (Médecine-Sciences) Flammarion, Chapitre 78 : 985-1004 et chapitre 92 : 1191- 1204 ;

- 4- Ba A. :** Grossesse et accouchement sur utérus cicatriciel : à propos d'étude cas témoins. Thèse de médecine, Bamako, 2003 N°72.

- 5- A. Hamet Tidjani, A Gallais, M Garba** L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger : a propos de 590 cas. Med. D'Afr. Noire : février 2001, tome 48 (2) : 63-66.

- 6- Benzineb N, Bellasfar B, Bouguerra B, Amri M T, Sfar R.** Accouchement par voie basse après césarienne. A propos de 173 épreuves utérines. Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1998, 93, 4, 282-284.

7- Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique, 6ème édition, Masson, Paris, 1995, vol 597 pages

8- Révue de la littérature adaptée de Perroyin F, Marret H, Fignon A, Body G, Lansac J. Utérus cicatriciel : la révision utérine systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement par voie vaginale est-elle toujours utile ? J Gynecol Obstét Biol Réprod 1999 ; 28 : 253-262

9- Lansac J, Berger C, Magnin G. Obstétrique pour le praticien. 4ème édition 1994 SIMEP 12 RUE de l'éperon 75008 Paris.

10- Ouattara .A : Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la commune V. Thèse M Bamako 2003.

11- Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ, Fallon D, Yoshida MM.

Vaginal birth after cesarean delivery: result of a 5 year multi-center collaborative study. Obstet Gynecol 1990 ; 76 : 750-4.

12-Boisselier P, Maghioracos P, Marpeau L.

Evolution dans les indications de césariennes. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1987 ; 16 :251-60.

13- Diarra O. : Les urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrical de l'hôpital du Point G. Thèse de médecine, Bamako, 2000 N° 117.

14- A Picaud, Nlome Nze AR Ogowet N

L'accouchement des utérus cicatriciels Rev Fr Gynécol Obstét
1990 ; 85 : 387-92

15-Camus M ; Lefebvre G ; Iloki LH ; Seebacher J ; Abbadie F.

Utérus cicatriciels : accouchements par voie basse sous analgésie
péridurale (uteri with scars.). J Gynécol- Obstét, Biol Réprod
1989; vol.18; NO.3; 379-387.

16- Diallo O. : La césarienne Aspects épidémiologiques, cliniques,
socio-économique et pronostic materno-foetal à l'hôpital régional
de Gao en 2005 à propos de 153 cas. Thèse de médecine 2006
N°290.

17- Berger D, Richard H, Grall J et al.

Utérus cicatriciel. Résultats et sélection des patientes à
l'accouchement par voie basse. A propos de 884 dossiers. J.
Gynecol obstét Biol Réprod, 1991, 20 : 116-122.

18- Magnin G.

L'accouchement sur utérus cicatriciel. Pratique de
l'accouchement, Paris, SIMEP, 2^{ème} éd, 1992 : 154-8

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

Grossesse et utérus cicatriciel. Encycl Méd Chir Paris,
Obstétrique 5- 030-A-20, 1992 : 16p.

20- Keïta Y. : Etude de la césarienne à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune IV du district de Bamako. Thèse de médecine, Bamako, 2006 N°287.

21- Van Der Walt WA, Cronje HS, Bam RH.

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

22- Tshilombo KM, Mputu L, Nguma M, Wolomby M, Tozin R, Yanga K.

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

23-Mac Mahon J, Luther ER, Bowes Waj, Olshan AF.

Comparison of a trial of labor with elective second cesarean section. *Lancet* 1996 ; 335 : 689-95.

24- Rozenberg P, Goffinet F, Philippe HJ, Nisand L,

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

25-Kanté F Grossesse et accouchement à risque dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital national du point G 723 cas. Thèse M ; Bamako 1997, N°24.

26- Sidibé I. : Evacuations sanitaires obstétricales au centre de santé de référence de Bougouni : étude prospective de 2005 à 2006 à propos de 325 cas. Thèse de médecine, Bamako ; 2006, N°312.

Q11 Contraception (0-1)

0 = oui 1 = Non

****Antécédents obstétricaux :**

Q12 Gestité (0-3)

0 = G1 1 = G2 à G3 2=G4 a G5 3= G ≥ 6

Q13 Parité (0-4)

0 = P0 1 = P 1 2=P2 a P3 3=P4 a P5 4 = P ≥ 6

Q14 Nombre d'enfants vivants (0-3)

0 =sans enfant vivant 1=1 2 = 2 à 5 3 = ≥ 6

Q15 Nombre d'enfants décédés (0-3)

0 = 1,

1 = 2 à 5, 2 = ≥ 6 3 = Aucun

Q16 Nombre de morts nés (0-3).....

0 = 1 1 = 2 2 = Plus de 2 3 = Aucun

Q17 Intervalle inter génésique (0 -2).....

0 = Moins de 2 ans 1 = 2 ans 2 = Plus de 2 ans

Q18 Notion d'avortement (0-2) /...../

0= Spontané 1 = Provoqué 2 = Aucun

Q19 Dernier accouchement (0 -2)

0 = Eutocique 1 = Dystocique 2=si 1 préciser.....

****Antécédents chirurgicaux :**

Q20 Myomectomie (0-1).....

0 = Oui 1 = Non

Q21 Cure de GEU (0-1)

0 = Oui 1 = Non

Q22 Cure de prolapsus.....

0 = Oui 1 = Non

Q23 Césarienne (0-1)

0 = Oui 1 = Non

Q24 Nombre de césarienne (0-3)......

0 = pas de césarienne 1= 1 2 = 2 3 > =3

Q25 L'utérus a-t-il fait sa preuve de solidité (0-1) .../...../

0 = Oui 1= Non

Q26 Indication de la césarienne (0-8).....

0 = Souffrance fœtale aigue 1 = Gros fœtus 2 =
Présentation dystocique 3 = Procidence du cordon 4 =
Placenta praevia hémorragique 5 = Hématome rétro
placentaire 6 = Angustie pelvienne 7=syndrome de pré
rupture 8=autre.....

Q27 Type d'hystérotomie(0-2)...../...../

0=Segmentaire transversale 1=Longitudinale segmento-
corporeale 2=corporéale

Q28 Suites post césarienne(0-
2)...../...../

0=simples 1=compliquées 2=si 1
préciser.....

III Mode d'admission :

Q29 Venue d'elle-même (0-1)...../...../

0 = Oui 1 = Non

Q30 Référée (0-1).....

0 = Oui 1 = Non

Q31 Evacuée (0-1).....

0=oui 1=non

Q32 Lieu de référence (0-3)/... /

0 = CSCOM 1 = CSREF 2 = Hôpital 3 = Autre

Q33 Motif de référence (0-4)

0 = Hémorragie 1 = Non engagement à dilatation complète

2 = Souffrance foetale aigue 3 = Dilatation stationnaire

4 = Autres

Q34 Moyens de référence (0-3)

0 = Ambulance 1 = Taxi 2 = Voiture personnelle 3 = Autre

Q35 Support de référence (0-2)

0 = Partogramme 1 = Fiche de référence 2 = Autre.....

Q36 Qualification de l'agent(0-3)...../...../

0=Médecin 1=Sage femme 2=Matrone 3=Autre.....

IV Examen clinique à l'admission :

Q37 Taille de la femme (0-2).....

0 = Inférieur à 150cm 1 = T= 150cm 2 = Supérieur à 150cm

Q38 Température maternelle (0-3)

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

37,5°C et 38°C 3 = Plus de 38°C

Q39 Consultation prénatale (0-1).....

0 = Oui 1= Non

Q40 lieu de CPN(0-2).....

0=CSCCom 1=CSRef 2=Autre.....

Q41 Qualification agent CPN(03)...../...../

0=Médecin 1=Sage femme 2=Matrone 3=

Autre.....

Q42 Conjonctives (0-2).....

0 = Bien colorées 1= Moyennement colorées 2 = Pâles

Q43 Hauteur utérine (0-2).....

0 = Inférieure à 30cm 1=Entre 30 et 36cm 2=

Supérieure à 36cm

Q44 Terme de la grossesse (0-2)/...../.

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

Q45 Fréquence des BDCF (0-3)

0 = BDCF absents 1 = Inférieur à 120/mn 2 = Entre 120-160/mn 3 = Supérieure à 160/mn

Q46 Contractions utérines (0-2).....

0= Normal 1 = Hypocinésie 2= Hypercinésie

Q47 Poche des eaux (0-1).....

0 = Intacte 1 = Rompue

Q48 Notion de RPM (0-1).....

0 = Oui 1 = Non

Q49 Aspect du liquide amniotique (0-4).....

0 = Clair 1 = Teinté 2 = Meconial 3 = Sanglant 4 = Autre

Q50 Type de présentation (0-2).....

0 = Céphalique 1 = Siège 2 = Transversale

Q51 Hémorragie (0-1).....

0 = Oui 1 = Non

Q52 Dilatation du col (0-1).....

0 = Phase de latence 1 = Phase active

Q53 Bassin (0-3).....

0 = Normal 1 = Généralement rétréci 2 = limite 3 = Asymétrique

V Voie d'accouchement :

Q54 Césarienne(0-1).....

0=D'emblée 1=Après épreuve utérine

Q55 Indication de la césarienne(préciser.....)

Q56 Etat de l'utérus a la laparotomie(préciser.....)

Q57 Voie basse (0-1).....

0 = Oui 1 = Non

Q58 Type d'expulsion (0-3).....

0 = O.P 1 = O.S 2 = m.p 3 = Autre

Q59 Forceps (0-2).....

0 = Oui 1 = Non 2 = Si oui préciser l'indication.....

Q60 Ventouse(0-2)...../...../

0=Oui 1=Non 2=Si oui préciser

l'indication.....

VI. La délivrance :

Q61 type de délivrance (0-3).....

0 = Naturelle 1 = active 2 = Artificielle 3 = Autre

Q62 Rétention placentaire (0-1).....

0 = Oui 1 = Non

Q63 Etat de l'utérus après délivrance (01).....

0 = Globe de sécurité bien formé 1 = Utérus mou

Q64 Hémorragie de la délivrance (0-1).....

0 = Oui 1 = Non

Q65 Révision utérine après voie basse (01).....

0 = Faite 1 = Non faite

Q66 Résultat de la révision utérine (0-1).....

0 = Utérus intact 1 = rupture utérine

VII Etat de la mère après l'accouchement :

Q67 Vivante (0-2).....

0 =Oui 1 = Non 2= Si oui préciser son état

général.....

Q68 Décédé (0-2).....

0 =Oui 1 = Non 2 Si oui préciser la cause du
décès.....

VIII Etat du nouveau né

Q69 Vivant (0-2).....

0 = Oui 1 = Non 2 = Si non préciser la cause

Q70 Poids (0-2).....

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

Q71 Taille (0-1).....

0 = Moins de 47cm 1 = Supérieure ou égal à 47cm

Q72 Apgar (0-1).....

0 = Inférieur à 7 à la 1^{ère} mn 1 = Entre 7 et 10 à la 1^{ère} mn

Q73 Etat général du nouveau né (0-3).....

0 = Bon 1 = Passable 2 = Détresse respiratoire

3 = Autre

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KOUMARE Prénom : Zoumana

Titre de la Thèse : Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de la commune V du district Bamako.

Année universitaire : 2008-2009

Ville de Soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique.

2- RESUME :

Soixante dix sept femmes, porteuses d'un utérus cicatriciel, ont accouché à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako, entre le premier janvier 2007 et le 31 mars 2007. Elles représentent 4,76 % des parturientes accouchées durant cette période. 67,5 % des parturientes ont accouché par voie basse parmi lesquelles 13,5 % par forceps, 32,5 % par césarienne. 98,7 % des nouveau-nés étaient vivants à la naissance. Nous n'avons enregistré ni décès maternel, ni déhiscence de cicatrice durant la période d'étude.

Mots-clés : Accouchement, utérus cicatriciel, épreuve utérine, césarienne.

SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

Je le jure !