



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire 2009 - 2010

Thèse N°

EPREUVE UTERINE A L'HOPITAL SOMINE -DOLO (ETUDE CAS - TEMOINS)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le2010
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par Mme KONIPO Oulemata Kankou SOW

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

JURY

PRESIDENT: Professeur DIAKITE Salif

MEMBRE: Docteur TRAORE Soumana Oumar

CODIRECTEUR DE THESE: Docteur KANE Famakan

DIRETRICE DE THESE: Professeur SY Aissata SOW

DEDICACES

Je dédie ce travail:

- **A ALLAH** le tout puissant et miséricordieux et son prophète, paix et salut sur lui pour m'avoir donné le courage et la santé de mener ce travail, et de m'avoir donné l'énergie nécessaire pour franchir les différentes étapes de mes études. Je vous prie de me guider toujours vers le droit chemin.

- **A mon père Soukalo sow**

Tu as toujours contribué à la réussite de tes enfants, tu m'as toujours soutenu pendant les moments difficiles de ma vie, que Dieu te donne une longue vie pour qu'on puisse toujours bénéficier de tes conseils.

- **A ma mère Nahan Diawara**

Les mots me manquent pour te remercier, tu as toujours été une mère parfaite pour tes enfants par tes conseils, ton bravoure, ta disponibilité, ton courage. Tu as consenti beaucoup d'efforts pour la réussite de mes études. Qu'ALLAH le tout miséricordieux vous garde encore longtemps parmi nous afin que tu puisses continuer à guider nos pas.

- **A mon mari Abdoulaye Konipo**

Ce travail est le tien, tu as toujours œuvré à sa réalisation par ton courage, ta disponibilité, tes conseils. Merci pour ton soutien.

- **A mes enfants Fatoumata et Nahan Konipo**

Que Dieu vous prête longue vie et vous donne beaucoup de courage, de santé et succès dans tout ce que vous allez entreprendre dans la vie.

- **A mes sœurs et frères**

Fatim ,Aissata ,Mama ,Oumou, Modibo Sow

Recevez à travers ce modeste travail la récompense des sacrifices tant consentis, et le témoignage de notre attachement. Que Dieu vous assiste Amen.

- **A mes cousins N'fa et Samba merci pour le soutien.**

REMERCIEMENTS

Je remercie :

- La famille Konaté à Garantiguibougou 300 logements de m'avoir accueillir chez vous pendant des années. Merci pour le soutien
- Les familles Diawara, Konaté, Sako, Sow, Kanté
- Ma belle famille à Mopti et Bamako
- A tous mes tontons et tantes
- A mes amies : HawoyeTraoré, Aissata Traoré, Awa Dembele, Fatoumata Sako
- A mes encadreurs

Dr Kané Famakan, Dr Coulibaly, Dr Elvis, Dr Mayda, vous m'avez donné l'amour de la fonction médicale. Merci pour vos conseils et la qualité de l'encadrement que j'ai reçu de vous.

- Mes aînés de service :

Dr Guirou Boukary, Dr Coulibaly Adama, Dr Cisse Sékou, Dr Kané Chebou, Dr Konaré Fousseyni, Dr Dolo Kounindiou, merci pour votre bonne collaboration

- A mes collègues faisant fonction d'internes dans le service :

Mme Maiga Ramata, Mme Keita Aissata Sougoulé, Bakary Coulibaly Youssouf Haidara, Aboubacar Karembé, Mountaga Tall, Modibo Kane Keita.

- A mes cadets faisant fonction d'internes :

Moise Djerma, Boureima Dembélé, Ibrahim Cissé, Mohamed Traoré, Djeneba Diawara.

- A tout le personnel du service de gynécologie et obstétrique :

Mme Togo Fatoumata, Mme Dolo, Mme Maiga Bintou, Badji Dicko, Mme Boiré, Mme Touré Assétou, merci pour votre bonne collaboration.

Tous les médecins de l'hôpital Somine Dolo de Mopti : merci pour vos conseils et la qualité de l'enseignement que j'ai bénéficié de vous dans la joie et le respect mutuel.

- La direction de l'hôpital sominé Dolo
- Tous les autres personnels de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Salif DIAKITE

- ✓ **Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako ;**
- ✓ **Ancien Gynécologue Obstétricien au CHU Gabriel Touré à la retraite.**

Cher Maître,

C'est un grand honneur et réel plaisir pour nous de vous compter parmi nos maîtres.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant la présidence de ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons admiré votre sens élevé de la transmission du savoir et surtout votre détermination pour la formation des étudiants.

Votre dynamisme, votre amour pour le prochain, votre abord facile et votre disponibilité ont forgé en nous l'estime et admiration.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur TRAORE Soumana Oumar

✓ **Gynécologue Obstétricien au CSRéf CV du district de Bamako.**

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être dans ce jury nous est allée droit au cœur.

Votre courage, votre grande amitié pour vos collaborateurs et vos étudiants, vos qualités d'homme de science et votre enthousiasme à transmettre votre savoir ont forgé l'admiration de tous.

Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A NOTRE CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur KANE Famakan

- ✓ **Gynécologue Obstétricien ;**
- ✓ **Chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé DOLO.**

Cher maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez fait en nous acceptant dans votre service.

A vos cotés nous avons appris à aimer la gynécologie obstétrique.

Votre disponibilité, votre modestie, votre sens du travail bien fait font de vous un maître admirable.

Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un bon exemple à suivre.

Vous avez été pour nous plus qu'un maître, mais un frère.

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de nos sentiments les plus sincères.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Professeur SY Aissata SOW

- ✓ **Professeur titulaire de Gynéco-Obstétrique à la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) ;**
- ✓ **Ancienne chef de service de Gynéco-Obstétrique au centre de santé de référence de la commune II à la retraite ;**
- ✓ **Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO) ;**
- ✓ **Chevalier de l'ordre de mérite de la santé.**

Cher maître,

C'est avec abnégation que vous avez décidé de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

La clarté de votre enseignement, votre dextérité, votre rigueur scientifique, vos qualités humaines exceptionnelles font de vous une praticienne hors pair. Votre disponibilité et votre souci du travail bien fait méritent l'admiration.

Veillez accepter, cher maître l'expression de notre profonde gratitude. Que Dieu vous garde longtemps encore auprès de nous. AMEN !!!

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	4
GENERALITES.....	5
METHODOLOGIE.....	31
RESULTATS	39
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	59
CONCLUSION	66
RECOMMANDATIONS	67
REFERENCES	68
ANNEXES.....	76

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

- CPN** = consultation prénatale
BGR = bassin généralement rétréci
IIG = intervalle intergénésiqne
FVV = fistule vésico - vaginale
SFA = souffrance fœtale aigue
DFP = disproportion fœto - pelvienne
HU = hauteur utérine
SA = semaine d'aménorrhée
HTA = hypertension artérielle
PN = poids normal
CSCOMS = centre de santé communautaire
CS Réf = centre de santé de référence
DDR = date des dernières règles
DPA = date présumée d'accouchement
PP hémorragique = placenta prævia hémorragique
RPM = rupture prématurée des membranes
HRP = hématome retroplacentaire
UC = utérus cicatriciel
UNC = utérus non cicatriciel
EP = épreuve utérine

INTRODUCTION

L'épreuve utérine est une tentative d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel.

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 chez les anciennes césariennes en terme de mortalité, de morbidité et d'économie de santé [59]. Mais la nécessité d'une surveillance électronique, cardiotocographie au cours du travail a pendant longtemps limité l'utilisation de l'épreuve utérine sur utérus cicatriciel dans la pratique obstétricale africaine [59].

La survenue d'une grossesse sur un utérus cicatriciel se caractérise par son incidence élevée, ses complications multiples, son taux encore significatif important de morbidité et de mortalité materno – fœtale [50]. Parmi les complications on peut citer les dystocies dynamiques, les hémorragies de la délivrance par la présence d'un placenta prævia ou acréta, la déhiscence de la cicatrice utérine et la rupture utérine.

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 par contre ont plutôt peur d'en avoir à nouveau, se souvenant "du terrible épisode". Cette anxiété vécue pendant tout le temps de la grossesse suivante ne s'estompera qu'après un accouchement sans complication, que celui – ci soit par voie basse ou haute. La femme aura alors confiance et assumera ses prochaines grossesses tout en suivant les conseils de l'obstétricien.

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.

Les deux dernières décennies ont coïncidé avec une augmentation rapide des taux de césariennes dans la plupart des pays, y compris ceux en développement. Ainsi l'obstétricien se trouve de plus en plus confronté au problème de l'accouchement sur utérus cicatriciel [15].

La grossesse est à haut risque en cas d'utérus cicatriciel. Pour certains [11, 58], le choix de la voie d'accouchement dans cette situation reste dépendant du "risque" celui de rupture utérine responsable d'une mortalité maternelle et fœtale élevées. La cicatrice utérine est le seul motif ou un des motifs de 25% à 40% des indications de césariennes. Pour d'autres comme Racinet [56] la règle d'une césarienne itérative systématique est dépassée sauf si l'indication de la première césarienne est restée permanente.

L'aphorisme de GRAGNIN, datant de 1916 "césarienne une fois, césarienne toujours" est certes remis en cause depuis longtemps, mais la césarienne itérative de principe pour utérus cicatriciel reste encore fréquente, surtout aux États-Unis [27].

La césarienne est la cause la plus fréquente de cicatrice utérine. Si la fertilité n'est pas compromise, l'accouchement sur utérus cicatriciel demeure un des thèmes les plus controversés de l'obstétrique moderne. La difficulté est l'appréciation de la qualité de la cicatrice ; et LEPAGE avait insisté sur l'absence de critères cliniques satisfaisants permettant d'apprécier la valeur d'une cicatrice utérine, donc d'évaluer les risques de rupture lors d'une grossesse ou d'un accouchement ultérieur. (LEPAGE)

La fréquence de ces ruptures utérines par désunion des cicatrices domine aujourd'hui plus que celle des ruptures par éclatement, devenues exceptionnelles. De ce point de vue s'opposent la vieille césarienne corporéale et la césarienne segmentaire. Pour la première la fréquence de la rupture est évaluée à 4% pendant la grossesse et plus pendant le travail d'accouchement. Pour la seconde, elle se réduit à 1% environ [11]; d'où l'abandon de la corporéale.

L'intérêt de notre étude c'est évaluer les facteurs influençant la voie d'accouchement dans un utérus cicatriciel dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti.

En effet, plusieurs facteurs obstétricaux influencent l'accouchement en cas de cicatrice utérine. Ainsi nous avons visé les objectifs suivants.

OBJECTIFS

1-OBJECTIF GENERAL

- Etudier l'épreuve utérine à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti du 1^{er} janvier au 31 décembre 2008

2-OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer l'incidence de l'accouchement sur utérus cicatriciel
- Déterminer les caractéristiques socio – démographiques des parturientes avec utérus cicatriciel.
- Déterminer les caractéristiques obstétricales des parturientes avec utérus cicatriciel
- Décrire la prise en charge thérapeutique
- Déterminer le pronostic maternel et fœtal

GENERALITES

1. Définition :

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

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

2-Utérus gravide [44,30] :

2-1-Les modifications anatomiques de l'utérus liées à la grossesse :

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 gravité, appelé le segment inférieur.

2-1-1 Le corps de l'utérus :

2-1-1-1. 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 [44].

	Dimensions	
	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 m

- b)** Une augmentation de poids de l'utérus qui fait que ce dernier peut passer de 50 grammes (utérus non gravide) à 900 voir 1 200 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'antéversion utérine est conservée ou même accentuée au début de la grossesse, l'utérus s'élève dans l'abdomen derrière la paroi abdominale antérieur

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

- e)** 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 caecum et le côlon ascendant ;
- Le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et en arrière au côlon descendant.

2-1-1-2. 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.

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.

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

2-1-2. Le segment inférieur :

C'est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme, situé 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

2-1-2-1-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 la plus longue que la paroi postérieure, caractère important car c'est sur la paroi inférieure 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 s'explique que la césarienne segmentaire transversale est moins hémorragique que la césarienne segmentaire longitudinale.

d – Limites :

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

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

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 des 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.

-Latéralement : la gaine hypogastrique contient les vaisseaux utérines 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.

2-1-2.2. Structure :

Le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques, en rapport avec son extensibilité. La musculaire 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.

2-1-2.3 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 eutocie .en s'amincissant progressivement ; tandis que dans la dystocie il reste presque, épais et distant de la présentation.

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

2-1-3-Le col de l'utérus :

Le col se modifie peu pendant la grossesse

2-1-3.1 Anatomie macroscopique :

Son volume et sa forme ne changent pas.

La 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, est alors qu'au toucher vaginal qu'on le perçoit vers le sacrum.

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

2-1-3.2 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.

2-2-Vascularisation de l'utérus gravide :

2-2-1-Les artères :

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

Il existe une zone médiane longitudinale peu vascularisée qui est empruntée par l'incision de l'hystérotomie dans la césarienne corpo réelle. Dans l'épaisseur du corps, elles parcourent les anneaux musculaires de la couche plexi forme, 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.

2-2- 2-Les veines :

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

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

2-2-3. Les lymphatiques :

Nombreux et hypertrophiés, ils forment trois réseaux communiquant largement entre eux. Ce sont des réseaux muqueux, musculaire et sous –séreux.

2-3. Innervation de l'utérus gravide :

Deux systèmes sont en jeu :

2-3-1. Le système intrinsèque :

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

2-3-2-Le système extrinsèque :

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

- des racines lombaires, sympathiques ou nerfs splanchniques pelviens qui s'unissent aux centres médullaires de D 11 à D12
- des racines sacrées, de nature parasympathique.

2-4. Physiologie de l'utérus 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

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

2-4-1-La dilatation du col :

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

2-4-1-1 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 dé musclé, 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.

2-4-1-2 La phase concomitante :

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

2-4-1-3 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.

2-4-2- L'accommodation:

L'accommodation apparaît ainsi comme la résultante entre les forces propulsives de contraction et les obstacles qui lui sont opposés .A chaque étage l'accommodation s'opère :

-par orientation, faisant coïncider le plus grand diamètre de la présentation avec celui du plan à franchir ;

-par amoindrissement, obtenu par la modification d'attitude de la présentation et, de façon inconstante, par des déformations plastiques de la présentation.

La traversée de la filière comprend trois temps :

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

- La rotation et la descente intra – pelvienne,

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

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

3-La cicatrice utérine :

3-1-Etat de la cicatrice [50]

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

3-1-1-Physiologies :

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

3-1-2-Interventions chirurgicales :

3-1-2-1 Obstétricales :

a- Césarienne :

C'est la plus fréquente des causes d'utérus cicatriciel. Elle peut être segmentaire ou corpo réale 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 classe dans la même catégorie les incisions segmento-corporéales ainsi que la mini césarienne pour avortement thérapeutique du 2^{ème} trimestre qui, elle aussi est corporéale.

-La césarienne segmentaire est pratiquement toujours transversale mais elle peut être parfois verticale avec un risque que l'incision se prolonge vers le haut la transformant en segmento-corporéale. Toutefois l'incision transversale doit être suffisamment large et arciforme à concavité supérieure pour éviter de voir « filer » l'incision latéralement avec le risque d'une atteinte du pédicule vasculaire utérin qui pose alors parfois de délicats problèmes d'hémostase [50].

b-Curetages :

Les perforations utérines lors des curetages pour avortement spontanée, interruption médicale de la grossesse (IMG), interruption volontaire de la grossesse 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 [50].

3-1-2-2-Gynécologiques :

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

a-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. [50]

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 myomes, ainsi que le nombre de cicatrices nécessaires à leur extirpation. Enfin on tiendra compte de la complexité de l'hystéroplastie secondaire qui a été nécessaire. [50]

b-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 mêmes résection de l'étoffe de la cloison.. La principale de cette opération maintenant périmée mérite un rappel : incision sagittale.

Médiane de l'utérus jusqu'au bout inférieur de la cloison ; les deux hémicloisons 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 la qualité de la cavité utérine et du myomètre, ont transformé le pronostic de 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 [50].

c-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 interstitielle restant.

3-1-3-Accident au cours du travail : Ruptures utérines :

Elles sont soit spontanées soit provoquées.

3-1-3-1 Ruptures spontanées :

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

3-1-3-2 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.

3-1-4-Traumatismes :

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

3-1-5-Complications :

3-1-5-1 Ruptures utérines :

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

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

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

Dans les ruptures incomplètes, le péritoine viscéral et les membranes ovulaires restant intacts, le fœtus va continuer à séjourner dans l'utérus expliquant ainsi la différence de mortalité fœtale entraînée par ces deux types de ruptures.

Cette déhiscence peut atteindre tout ou une partie de la réalisation quasi exclusive de césarienne segmentaires.

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

3-1-5-2 Placenta prævia :

Ces placentas prævia sont localisés le plus souvent sur la face antérieure de l'utérus. Un placenta prævia antérieur sur un utérus cicatriciel est une indication de césarienne itérative systématique avant tout travail.

4-Diagnostic des différentes complications :

4-1-Rupture utérine sur utérus cicatriciel :

Les désunions de cicatrice sont les formes de rupture de l'obstétrique actuelle. Le fœtus reste dans l'utérus. Elles peuvent même ne se manifester qu'après l'accouchement. La rupture pendant la grossesse, volontiers, survient sur un utérus mal formé ou cicatriciel. La cicatrice est généralement corporeale.

Les ruptures utérines des utérus porteurs de cicatrice se caractérisent par leur allure sournoise ; d'où l'intérêt d'une anamnèse minutieuse. Les désunions d'une cicatrice de césarienne antérieure en sont l'étiologie principale.

Elles peuvent aussi avoir pour cause une ancienne perforation utérine, une rupture cervico-segmentaire ancienne méconnue. Leur symptomatologie est variée mais le plus souvent discrète.

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

Parfois c'est le tableau d'une altération progressive de l'état générale, 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 doit 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 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 frustre doit 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.

4-2-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 un 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 devaient problématique en cas de :

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

5-Conduite à tenir lors d'un nouvel accouchement [31, 32,50] :

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 aigüe mort in utero) et maternelles (hémorragie systérectomie) 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. [31]

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 régies à observer :

- 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 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 recours fréquemment au forceps
- une révision utérine vérifie la paroi utérine après l'accouchement

-La césarienne :

Toute césarienne corporéale 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 impliquées d'infection liée à une endométrite (fièvre élevée et persistante, suppuration, lochies fétides, utérus gros mou douloureux à la palpation).

Alors même que l'accouchement par les naturelles 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...

5-1-La césarienne prophylactique [33] :

5-1-1-Les indications :

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

5-1-1-1-Les rétrécissements pelviens :

Les bassins chirurgicaux sont bien sur une indication de césarienne itérative.

Dans les rétrécissements pelviens modérés, l'indication de la première césarienne est souvent mixte et liée certes au rétrécissement mais aussi à une présentation défléchie ou à une dystocie dynamique.

Il faut donc revoir dans le compte rendu de l'accouchement, la présentation, les tracés, le partogramme et vérifier la réalité du rétrécissement par une pelvimétrie qui sera confrontée au bipariétale de la grossesse en cour.

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

5-1-1-2 La cicatrice utérine :

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

- Cicatrices corporeales ou de cicatrices segmentaires avec trait de refend corpréal.
- cicatrices de mini- césariennes pour interruption tardives de grossesse ou perforations utérines d'IVG, compliquées d'infection : fièvre élevée et persistante, apparition, 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
- Cicatrices déhiscentes découvertes à l'hystérogaphie (diverticule de plus de 6 mm ou un trajet fistuleux), ou à l'échographie
- 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.

5-1-1-3 La grossesse actuelle :

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

- Une sur distension utérine (macrosomie, grossesse gémellaire, hydramnios)
- Une présentation autre que celle du sommet
- Un placenta prævia antérieur

-Une souffrance fœtale qui, dans d'autres circonstances, serait une indication de déclenchement artificiel du travail.

5-1-2-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 et 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'un 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.

5-2. L'épreuve utérine :

5-2-1. Les conditions de réalisation :

Les trois risques de l'épreuve sont la rupture utérine, la souffrance fœtale et l'échec. Le maître mot est la vigilance. L'obligation de se donner tous les moyens de surveillance disponibles est une règle intangible.

5-2-1.1. 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 [50] :

- Une césarienne antérieure purement segmentaire avec des suites opératoires simples. L'hystérogaphie faite en dehors de la grossesse, au moins 6 mois après l'accouchement, peut donner des renseignements sur la qualité de la cicatrice segmentaire.

Le cliché de profil est le plus instructif. La voie basse autorisée quand il n'existe aucune modification du contour antérieur de l'isthme.

Elle est dangereuse quand ce contour est déformé par une large sacculation. 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 sur distension utérine notable (hydramnios, grossesses multiples)
- Une présentation du sommet
- Un placenta non inséré sur la cicatrice
- L'absence de dystocie surajoutée
- Un centre obstétrical avec une infrastructure adoptée 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.

5-2-1.2. 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. [33]

5-2-1.3. 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 10mU/min. [33]

5-2-2 Conduite de l'épreuve utérine [33] :

5-2-2.1. 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 de césarienne.

5-2-2.2. Evolution du travail dans l'épreuve utérine :

Elle est favorable le plus souvent car toutes les disproportions fœto-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 inférieur à 1 cm par heure, il faut pratiquer une césarienne.

5-2-2-3 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.

5-2-2-4 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.

α- 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 sur lié. La suture est faite comme dans les césariennes.

On vérifie la vessie qui sera éventuellement suturée avec du fil résorbable (Catgut ou Vicryl). On discutera d'une ligature tubaire.

a- 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 hystérographie. Les déhiscences étendues, admettant largement deux doigts doivent être suturées ce qui ne présente généralement pas de difficultés.

6. Elément de décision pour l'accouchement à venir :

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

6-1 Type de césarienne antérieure :

Toute césarienne corpo réelle antérieure est une indication de la césarienne prophylactique.

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, peut 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.

6-1-1-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 prævia. C'est une circonstance défavorable pour accepter la voie basse, surtout s'il était inséré sur la face antérieure de l'utérus.

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

7-Classification des utérus :

7-1. Classification hystérosalpingographique selon Thoulon :

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

- Groupe 1 : cicatrice invisible radio logiquement
- 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.

7-2-Classification échographique selon Rozenberg :

Rozeberg 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.

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

METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti au service de gynécologie Obstétrique.

1-1 - Description de l'hôpital régional de Mopti :

Il a été créé en **1956** pendant la période coloniale et se composait d'un seul bâtiment (actuelle pavillon de médecine et pédiatrie).

Après l'indépendance, il passa par diverses appellations notamment **l'hôpital secondaire**, puis **l'hôpital régional** à partir de **1969** et bénéficia de nouvelles constructions.

Le 1^{er} Mai **1995**, il fut baptisé « **l'hôpital Sominé Dolo** ». Il porta ainsi le nom d'un ancien ministre de la santé, natif de la région.

L'hôpital Sominé Dolo est une structure de **2^{ème}** référence pour toute la région.

Il a une capacité d'accueil de **84** lits. Il est devenu en **2002** un établissement public hospitalier (**EPH**) avec une autonomie de gestion.

L'hôpital est excentré par rapport à la ville. Situé dans la zone administrative, son accessibilité est rendue difficile par l'unique accès que constitue la route à double sens mais d'une largeur insuffisante pour permettre le croisement de deux véhicules. Celle-ci est construite sur la levée en bordure du fleuve longée de grands arbres.

1-2-Infrastructure :

L'hôpital est bâti sur un terrain d'une superficie totale de 2,9 hectares situé dans une zone inondable au bord du fleuve Niger. Le terrain est divisé en 4 zones fonctionnelles distinctes. Les parties Nord et Sud sont réservées aux logements d'astreinte (le logement du chirurgien au Nord et ceux du directeur et du gynécologue - obstétricien au Sud).

La partie Est constitue la réserve foncière non viabilisée (cette partie est un bas fond à -1,5 m du niveau du sol de la partie construite de l'hôpital). La partie centrale Ouest est occupée par les services techniques de l'hôpital.

La partie viabilisée du terrain est sécurisée au Nord, Sud et Ouest par un mur et à l'Est par un grillage. La partie non viabilisée est plantée d'arbres.

L'hôpital dispose d'une adduction d'eau de la ville et d'un château d'eau hors d'usage. Il possède un branchement électrique de l'Energie du Mali (EDM) et dispose d'un groupe électrogène de 82 KW.

- Les bâtiments :

L'hôpital est constitué de 4 bâtiments principaux qui sont :

- Le pavillon de Médecine/pédiatrie sur 2 niveaux d'une surface totale utile de 430 m² comprenant :

Les salles d'hospitalisation de Médecine et de pédiatrie ;

- Le service d'ophtalmologie ;
- Le bureau de consultation de la pédiatrie ;
- Le bureau de consultation médicale ;
- Le bureau pour le counseling ;
- La salle de garde et de soins ;
- Des toilettes ;
- Les salles de garde des chauffeurs et du personnel de surface.

- Le pavillon de chirurgie sur 2 niveaux d'une surface totale utile de 390 m² comprend :

- Les salles d'hospitalisation de la chirurgie générale :

- Trois grandes salles ventilées, équipées de 5 lits chacune ;
- Une grande salle ventilée pour le service de gynécologie obstétrique équipée de 5 lits ;
- Quatre petites salles climatisées équipées chacune de 2 lits (ces salles sont utilisées par les 2 services) ;
- Une grande salle ventilée, équipée de 6 lits pour les opérées de fistules
- Et enfin une salle ventilée de 2 lits pour les opérées de l'adénome de la prostate.

- Le bureau du gynécologue – obstétricien ;
 - la salle de garde des sages femmes ;
 - le bureau du chirurgien ;
 - la salle de garde des anesthésistes ;
 - le bureau du surveillant général ;
 - la salle de garde des infirmiers ;
 - la salle de pansement ;
 - deux (2) toilettes à l'étage.
- Le bloc technique sur un niveau d'une surface utile d'environ 350 m² comprenant :
- le bloc opératoire (deux salles d'opérations : une septique, une aseptique
 - la salle d'accouchement ;
 - la salle réservée aux soins intensifs ;
 - la salle de garde des infirmiers du bloc opératoire ;
 - le laboratoire ;
 - la radiologie ;
 - le cabinet dentaire ;
 - Salle de garde des manœuvres du bloc ;
 - la salle de stérilisation.
- Le bâtiment administratif d'une surface totale utile de 255 m² comprenant :
- le bureau du Directeur Adjoint ;
 - le bureau de consultation médicale ;
 - le bureau de la comptabilité ;
 - le bureau de consultation chirurgicale ;
 - le bureau des entrées ;
 - la salle des urgences (1 salle de soins et 1 salle de garde).

Ces bâtiments de type colonial, construits dans les années 50, construits sur du remblai, certains murs de séparation des locaux, notamment dans le bloc technique, présentent des fissures.

L'hôpital est constitué de bâtiments secondaires au rez-de-chaussée, de construction plus récente, de moindre importance par leur taille ou l'intérêt de leur structure, et qui constituent des services complémentaires et les services généraux.

Ce sont :

- le bâtiment abritant la direction générale composé par la salle de réunion, le secrétariat et le bureau du directeur.
- le bâtiment abritant la buanderie, la pharmacie, la salle informatique et la cuisine d'une surface totale utile de 255 m².
- le bâtiment abritant le bureau de consultation de MDM pour les fistules uro-génitales et la morgue d'une surface totale d'environ 120 m²
- les auvents abritant les cuisines des accompagnants d'une surface totale d'environ 60 m²
- les hangars abritant les accompagnants d'une surface totale d'environ 300 m² ainsi que des blocs de latrines.

Ces bâtiments disséminés sur le pourtour des pavillons et du bloc technique pourront être réhabilités et réaménagés. En dehors des infrastructures de l'hôpital, les 3 logements de fonctions d'une surface totale d'environ 355 m² nécessitent également des rénovations.

Les infrastructures de l'hôpital Sominé DOLO représentent au total une surface utile d'environ 2850 m² pour une surface hors œuvre d'environ 3 225 m².

1-3-Les principales activités du service :

Le service de Gynécologie - obstétrique a trois jours de consultations faites par les gynécologues –obstétriciens (Lundi, Mardi, Mercredi).

Un jour de consultation pour les internes (Vendredi).

Un jour de consultation prénatale faite par les sages femmes (Jeudi).

Un jour d'activité chirurgicale programmée. La visite des malades hospitalisées a lieu tous les jours ouvrables après le staff.

Une permanence assurée 24heure/24 par l'équipe de garde constituée d'un médecin, de deux étudiants exerçant la fonction d'interne et d'une sage femme.

2-Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective et analytique cas –témoins, qui s'est étendue du 1^{er} janvier au 31 décembre 2008 soit 1 an.

3-Population d'étude :

Notre étude a porté sur l'ensemble des parturientes venues d'elles mêmes ou référées admises dans le service pendant la période d'étude quelle que soit la voie d'accouchement

3-1-Critères d'inclusion :

-Pour les Cas :

Sont incluses dans notre étude toutes patientes porteuses d'une cicatrice utérine unique en présentation du sommet avec une hauteur utérine inférieure ou égale à 36 cm, bassin normal.

-Pour les Témoins :

Ont été considérées comme témoins, toutes les patientes dont l'utérus était indemne de cicatrice en présentation du sommet, bassin normal, hauteur utérine inférieure ou égale à 36cm admise dans le service pour accouchement à la même période.

3-2-Critère de non inclusion:

Toutes les parturientes admises avec rupture utérine

-Pour les cas :

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

- utérus bi cicatriciel ou multiple
- une présentation non céphalique
- grossesse gémellaire ou multiple
- un bassin rétréci
- une hauteur utérine \geq à 36 cm
- intervalle intergénésiq ue inférieur à 2 ans

-Pour les témoins :

Des parturientes avec :

- une présentation non céphalique
- grossesse gémellaire ou multiple
- les bassins rétrécis
- les hauteurs utérines \geq à 36 cm

4-Echantillonnage :**4-1- Méthode :**

Toutes les patientes répondant aux critères d'inclusion avec les témoins sont choisies de façon exhaustive.

4-2-Technique d'échantillonnage:

L'échantillonnage a été obtenu en raison d'un cas (utérus cicatriciel) pour deux témoins (utérus non cicatriciel) admise immédiatement après les cas.

Nous avons obtenus 174 parturientes soit 58 cas et 116 témoins

4-3-Taille minimum de l'échantillon :

La taille minimum de l'échantillon est de 21

$$n = (z\alpha)^2 \frac{Pq}{i^2}$$

4-4-Critère d'appariement :

Les parturientes ont été appariées sur la parité .Nous avons apparié deux témoins à chaque cas.

5-Surveillance du travail :

- Auscultation avec le stéthoscope de Pinard
- Appréciation clinique des contractions utérines
- Partogramme

5- Collecte des données :

5-1-Supports des données :

Nos données ont été recueillies à partir de :

- Fiches d'enquête
- Partogramme
- Protocoles opératoires
- Registre d'accouchement

5-2- Traitement et analyse des données :

Ces données ont été saisies puis analysées à l'aide du logiciel Epi info version6.

Les tests statistiques utilisés pour la comparaison sont le Khi2 de Pearson, le test de Fisher et la moyenne estimée. Les différences sont significatives si $P < 0.05$.

6-Variables étudiées :

Les variables suivantes ont été étudiées : âge, parité, principale occupation de la parturiente, statut matrimonial, indication de la césarienne antérieure , terme de la grossesse, BCF, voies d'accouchement, état du nouveau né, poids du nouveau né, révision utérine ,état de la femme après accouchement.

7-Définitions opératoires :

-Accouchement sur utérus cicatriciel :

Est l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion hors des voies génitales maternelles d'un fœtus viable et de ses annexes à partir d'un utérus qui comporte en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, une ou plusieurs cicatrices.

-Césarienne :

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

-Epreuve utérine :

Tentative d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel.

-Révision utérine :

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

-Rupture utérine :

Solution de continuité non chirurgicale de l'utérus.

-Placenta prævia :

C'est l'insertion du placenta sur tout ou une partie sur le segment inférieur

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

- nullipare : zéro accouchement ;
- primipare : un accouchement ;
- paucipare : deux à trois accouchements ;
- multipare : quatre à cinq accouchements ;
- grande multipare : six accouchements et plus.

RESULTATS

I- Incidence:

Au terme de notre étude, nous avons recensé 114 utérus cicatriciels sur 1251 accouchements ; ce qui donne une fréquence globale de 9,11%

1- La fréquence trimestrielle :

Tableau I : Répartition selon la fréquence trimestrielle des utérus cicatriciels

Mois	Nombre total d'accouchement	Nombre total d'accouchement sur utérus cicatriciel	Fréquence relative
1 ^{er} trimestre	278	15	5,4
2 ^{er} trimestre	306	29	9,4
3 ^{er} trimestre	335	32	9,5
4 ^{er} trimestre	332	38	11,4
Total	1251	114	9,11

Parmi les 114 parturientes recensées nous avons éliminé 56 parce qu'ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion.

Notre étude a porté sur 58 cas d'utérus uni cicatriciel reçu dans le service pendant la période d'étude.

Nous notons une augmentation progressive de la fréquence trimestrielle.

2-Etude des causes de la première césarienne :

Tableau II : Répartition des parturientes en fonction de l'indication de la césarienne antérieure.

Indication de la césarienne antérieure	Cas	
	Effectif	Pourcentage
SFA	7	12,3 %
DFP	2	3,5 %
Pré éclampsie /Eclampsie	4	7,0%
Sommet mal fléchi	2	3,5 %
Siège chez primipare	3	5,2 %
HRP	1	1,8 %
Mort né à répétition	1	1,8 %
J1 en siège	2	3,5 %
Non précisé	36	62,2%
Total	58	100%

62,2% n'avaient aucun document mentionnant l'indication de l'ancienne césarienne

3-Type de cicatrice :

Tableau III : Répartition des parturientes en fonction du type de césarienne

Césarienne segmentaire	Cas	
	Effectif	Pourcentage
Précisée	19	86,3%
Non précisée	3	13,7%
Total	22	100%

II- Caractéristiques socio- démographiques :

Nous avons étudié le statut matrimonial l'âge, la profession, admission, motif d'évacuation.

1- Statut matrimonial :

Tableau IV : Répartition des parturientes en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Mariées	58	100%	116	100%
Total	58	100%	116	100%

2 -L'âge :

Tableau V : Répartition des parturientes en fonction des tranches d'âge

Tranches d'âge -en année	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
15-19	3	5,2 %	6	5,2%
20-34	46	79,3%	94	81%
≥35	9	15,5%	16	13,8 %
Total	58	100%	116	100%

3- La profession :

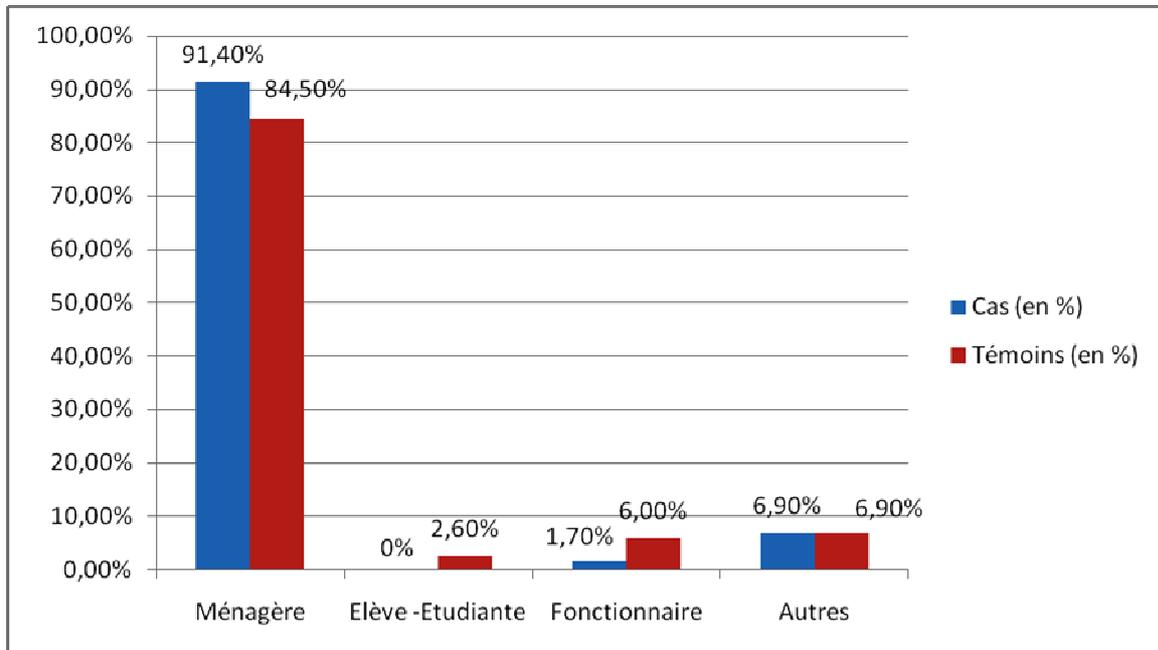


Figure 1: Répartition parturientes en fonction de leur profession

La différence entre les deux groupes n'est pas significative concernant leur profession ($p=0.73$ $\text{Khi}^2=0,11$)

4- L'admission:

Tableau VI : Répartition des parturientes en fonction du mode d'admission.

Mode d'admission	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Venues d'elle même	45	77,6%	93	80,2%
Référée	13	22,4%	23	19,8%
Total	58	100%	116	100%

P=0,90 Khi2=0,01

5- Motif d'évacuation :

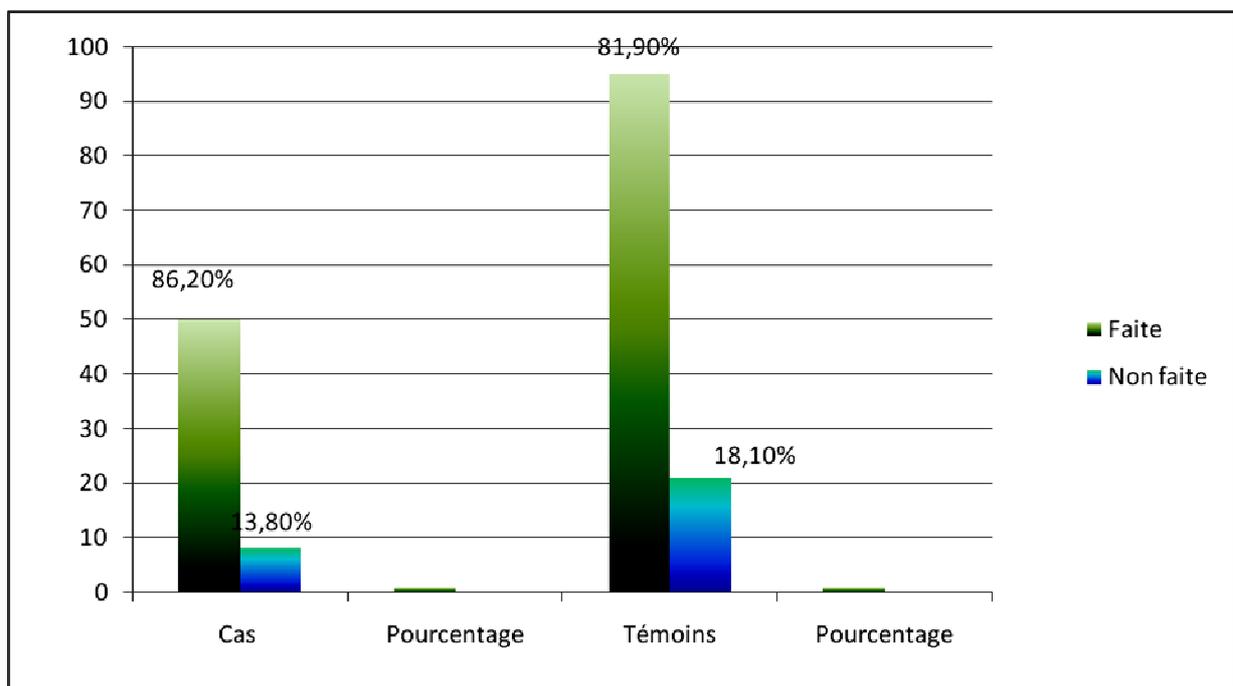
Tableau VII : Répartition des parturientes selon le motif de transferts

Motif de transfert	Cas		Témoins	
	Affectif	%	Effectif	%
Utérus cicatriciel	9	69,2%	0	0%
RPM	0	0%	3	13,0%
SFA	2	15,4%	6	26,1 %
Dilatation stationnaire	0	0%	4	17,4%
Anémie	2	15,4%	3	13,0%
Cardiopathie	0	0%	2	8,7%
HTA	0	0%	2	8,7%
Dystocie dynamique	0	0%	3	13,0%
Total	13	100%	23	100%

6- Parité :

Tableau VIII : Répartition des parturientes en fonction de leur parité

Parité	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Primipare	20	34,4%	40	34,5%
Paucipare	16	27,6%	32	27,6%
Multipare	15	25,9%	30	25,8%
Grande multipare	7	12,1%	14	12,1%
Total	58	100%	116	100%

III-Consultation prénatale :

P=0,54 Khi2=0,36

OR=1,38

Figure 2: Répartition des parturientes selon la réalisation de la consultation prénatale.

Tableau IX : Répartition des parturientes en fonction du nombre de CPN

CPN	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
0	8	13,8%	21	18,1%
1-3	43	74,1%	71	61,2%
≥4	7	12,1%	24	20,7%
Total	58	100%	116	100%

P=0,08 Khi2=2,99

Tableau X: Répartition selon l'auteur de la consultation prénatale.

Auteurs	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Spécialiste	5	10%	9	9,5%
Interne	4	8%	12	12,6%
Sage femme	13	26%	28	29,5%
Infirmière obstétricienne	7	14%	10	10,5%
Matrone	21	42%	36	37,9%
Total	50	100%	95	100%

IV-Examen clinique :**1- Le terme de la grossesse :**

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

Terme de la grossesse en semaine d'aménorrhée	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
35-36	2	3,5%	7	6,0%
37-42	56	96,5%	105	90,5%
Plus 42	0	0%	4	3,5%
Total	58	100%	116	100%

$P=0,7$

$Khi^2=0,58$

La différence n'est pas statistiquement significative entre les deux groupes.

L'âge moyen de la grossesse pour les cas est de 38,6SA, et pour les témoins est de 38,1SA

2- Les BCF

Tableau XII : Répartition des parturientes en fonction du bruit du cœur fœtal

BCF	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
0	6	10,4%	14	12,1%
120-160	40	68,9%	93	80,1%
<120 ou >160	12	20,7%	9	7,8%
Total	58	100%	116	100%

$P=0,23$ $Khi^2=1,43$

En ce qui concerne les bruits du cœur fœtal, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p > 0,05$).

3- L'engagement de la présentation :

Tableau XIII: Répartition des parturientes en fonction de l'engagement de la présentation.

Engagement	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	21	36,2%	41	35,3%
Non	37	63,8%	75	64,7%
Total	58	100%	116	100%

P=0,75 Khi2=0,09

V-Accouchement

1- Caractéristique du travail d'accouchement :

Dans ce chapitre nous avons étudié la durée globale du travail et la durée de la phase active.

Tableau XIV : Répartition en fonction du nombre d'heure fait en travail.

Nombre d'heures	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Inferieur ou égale				
12heures	48	82,8%	86	74,2%
Supérieur 12heures	10	17,2%	30	25,8%
Total	58	100%	116	100%

P=0,63 Khi2=0,22

Tableau XV: Répartition des parturientes en fonction de la durée moyenne du travail.

Durée moyenne	Cas	Témoins
Moyenne	9,77	9,76
Variance	8,35	7,64
Ecart-Type	2,89	2,76
Nombre	58	116

P=0,98

La durée moyenne du travail entre les cas et les témoins sont comparables.

Tableau XVI : Répartition en fonction de la durée moyenne de la phase active.

Durée moyenne	Cas	Témoins
Moyenne	3,63	4,71
Variance	3,53	3,02

P=0,00023

Il existe une différence hautement significative entre les deux groupes en ce qui concerne la durée moyenne de la phase active du travail ($p < 0,05$).

2-Mode d'accouchement:

Tableau XV II: Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Voie haute	27	46,5%	30	25,9%
Voie basse	31	53,5 %	86	74,1%
Total	58	100%	116	100%

P=0,04 Khi2=4,10

La différence est significative entre les deux groupes en ce qui concerne l'accouchement par voie basse.

Tableau XVIII: Répartition des causes d'échec de l'épreuve utérine

Indications	Cas	
	Effectif	%
SFA	7	25,9%
Dystocie dynamique	9	33,3%
Sommet mal fléchi	7	25,9%
Syndrome de pré rupture utérine	4	14,9 %
Total	27	100%

Tableau XIX : Etude comparée des femmes admises pour épreuve utérine et pour accouchement dans utérus indemne de cicatrice.

Variables	Cas	Témoins	P
Age	27,12	27,25	0,88
Terme de la grossesse	38,63	38,12	0,29
Durée du travail	9,77	9,76	0,98
APGAR1	6,74	7,37	0,13
APGAR2	7,82	8,64	0,09
Poids du nouveau né	2973,27	3041,89	0,29

3- Les gestes associés :

3-1 La LRT :

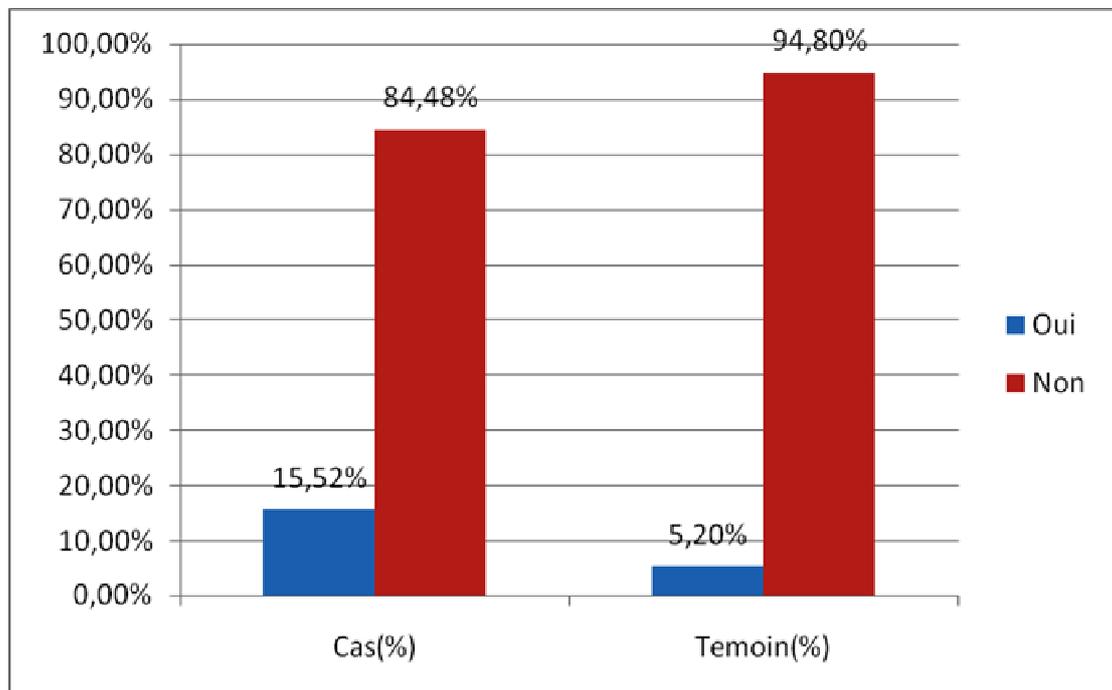


Figure3 : Répartition des parturientes selon la pratique de la LRT

P=0,03 Khi2=4,29 OR=3,36

La différence est très hautement significative entre les deux groupes (p=0,03 Khi2=4,29).

4-L'hystérectomie :

Tableau XX : Répartition des parturientes selon la pratique de
L'hystérectomie d'hémostase

Hystérectomie	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	1	1,8%	1	0,9%
Non	57	98,2%	115	99,1%
Total	58	100%	116	100%

$P=10^6$ Khi2=1,09 OR=2,01

Le taux de la pratique de l'hystérectomie entre les deux groupes est comparable

5-Difficultés opératoires :

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon les difficultés rencontrées au
cours de l'intervention

Existence d'adhérence	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	9	33,3%	1	3,3%
Non	18	66,7%	29	96,7%
Total	27	100%	30	100%

$P=0,01$

6-LA délivrance

Dans ce chapitre nous étudierons le type de la délivrance et la révision utérine associée, l'observation de déhiscence ou de rupture utérine. Nous avons sélectionné les accouchements par voie basse car ils mettent mieux en évidence l'importance de cette variable.

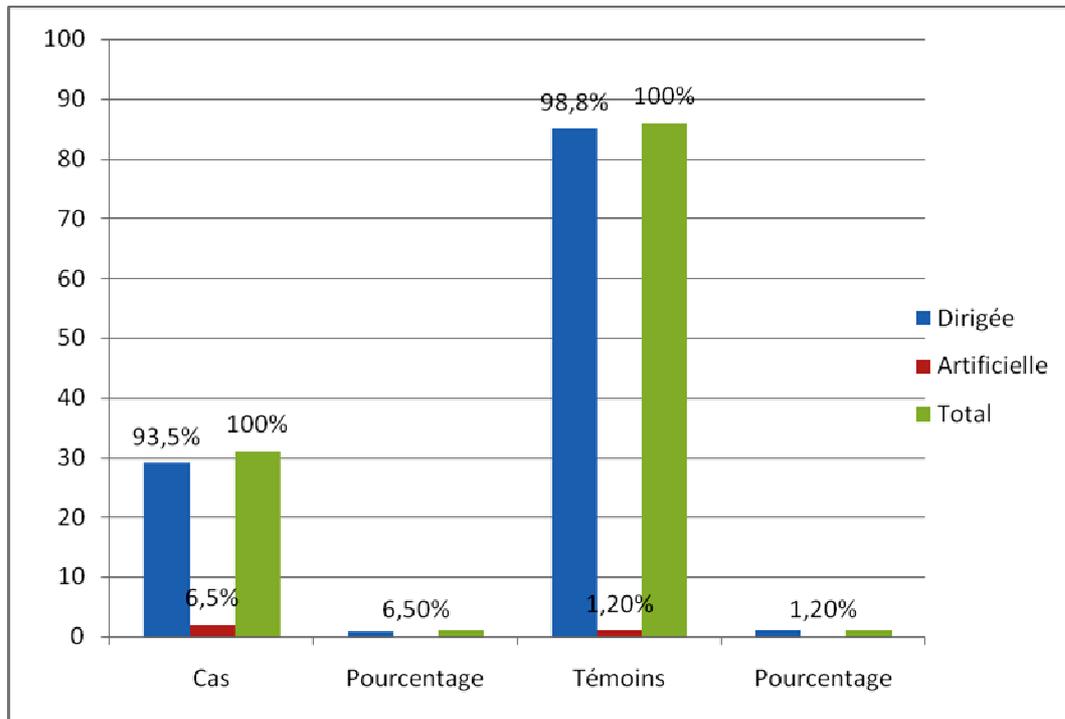


Figure 4: Répartition des parturientes accouchées par voie basse en fonction de la nature de la délivrance

$P=0,85$ $\text{Khi}^2=0,03$ $\text{OR}=0,17$

La différence n'est pas significative entre les deux groupes $p>0,05$

Tableau XXII: Répartition des parturientes accouchées par voie basse qui on bénéficiées d'une révision utérine

Révision utérine	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	31	100%	5	5,8%
Non	0	0%	81	94,2%
Total	31	100%	86	100%

$P= 10^{-8}$ Khi2=40,59

La révision utérine était systématique en cas d'accouchement vaginal sur utérus cicatriciel .La différence est très hautement significative.

Répartition des parturientes selon la présence d'une rupture utérine observée lors de la révision utérine

Ces évènements sont rares, et n'ont été observé chez aucune parturiente.

7-Etat du nouveau né

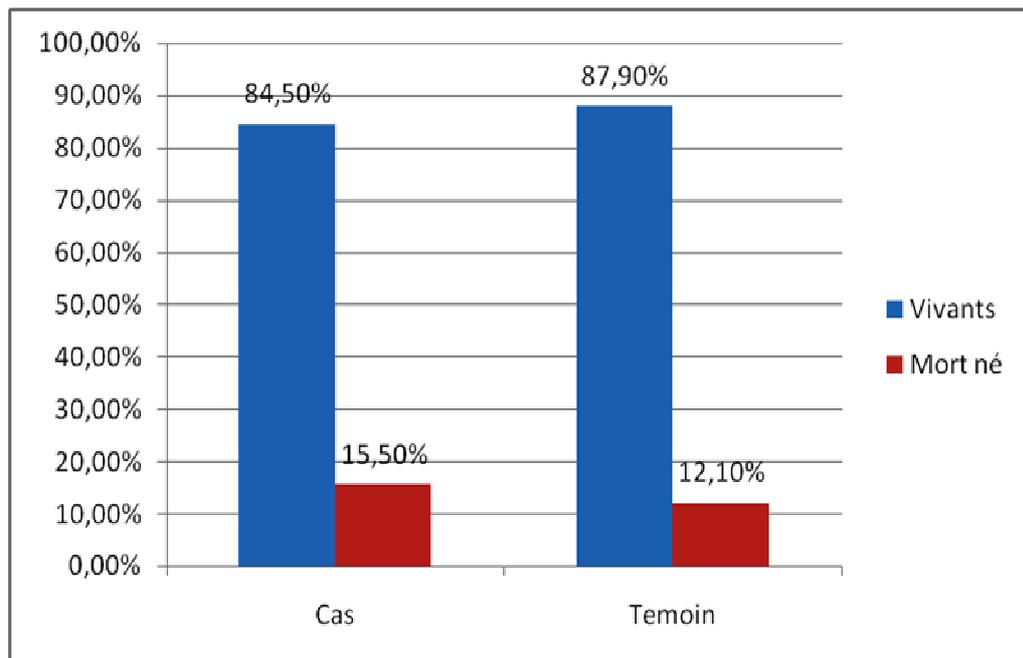


Figure5: Répartition des nouveaux nés en fonction de leur état

P=0,43 Khi2=0,60

La différence n'est pas significative entre les deux groupes ($p > 0,05$)

Tableau XXIII: Répartition des nouveaux nés en fonction de leur transfert en pédiatrie.

Transfert	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
oui	14	28,5%	20	19,6%
Non	35	71,5%	82	80,4%
Total	49	100%	102	100%

P=0,28 Khi2=1,16

Tableau XXIV: Répartition des nouveaux nés en fonction du motif de leur transfert en pédiatrie.

Motif de leur transfert	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Détresse respiratoire	10	71,4%	13	65%
Prématurité	2	14,3%	3	15%
Petit poids de naissance	2	14,3%	4	20%
Total	14	100%	20	100%

P=0,98 Khi2=0,03

Tableau XXV: Répartition des nouveaux nés en fonction du poids de naissance

Poids de naissance en gramme	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
PN<2500	4	6,9%	8	6,9%
2500<PN<3500	54	93,1%	106	91,4%
3650-3700	0	0%	2	1,7%
Total	58	100%	116	100%

P=0.94 Khi2=0,01

La proportion des nouveaux nés dont le poids est <2500 est la même pour les cas et les témoins.

VI- Les complications

Tableau XXVI: Répartition des parturientes en fonction du type de complications per opératoires

Complications	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Lésion urétérale	0	0%	1	3,3%
Hémorragie	1	3,7%	1	3,3%
Aucune	26	96,3 %	28	93,3%
Total	27	100%	30	100%

P=0,95 Khi2=0,00

Tableau XXVII : Répartition des parturientes en fonction du type de Complications post opératoire

Complications	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Endométrite	2	7,4%	2	6,7%
Suppuration pariétale	1	3,7%	3	10%
Infection urinaire	1	3,7%	0	0%
Aucune	23	85,2%	25	83,3%
Total	27	100%	30	100%

P=0,79 Khi2=0,07

Tableau XXVIII: Répartition des parturientes en fonction du type de complications après accouchement par voie basse.

Complications	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Hémorragie de la délivrance	2	6,4%	5	5,8%
Déchirure des parties molles	0	0%	3	3,5%
Infection puerpérale	1	3,2%	2	2,3 %
Aucune	28	90,4%	76	88,4%
Total	31	100%	86	100%

P=0,94 Khi2=0,01

VII-Les éléments de pronostic

Tableau XXIX: Répartition selon les éléments de pronostics fœtal

Variables	Cas	Témoins	P	Khi2
Mort-né	9	14	0,58	0,30
Apgar1-3	1	0	0,33	0,03
Apgar4-7	11	14	0,29	1,10
Apgar8-10	37	88	0,49	0,47
Décès néonatale	3	2	0,44	0,58

Tableau XXX : Répartition des parturientes en fonction de leur état à la sortie

Etat de la mère	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Vivante	58	100%	115	99,1%
Décédée	0	0%	1	0,9%
Total	58	100%	116	100%

Il y a eu un cas de décès chez les témoins

VIII- Indication de la césarienne :

1-Similitude entre ancienne césarienne et nouvelle césarienne

Tableau XXXI: Répartition selon la similitude de l'indication

Indication	Cas	
	Effectif	%
Identique	2	3,4%
Différente	20	34,5%
Non précisé	36	62,1%
Total	58	100%

2-L'indication actuelle de la césarienne

Tableau XXXII: Etude comparée des indications de césarienne sur utérus cicatriciel et utérus non cicatriciel

Variabes	Cas	Témoins	P
SFA	7	9	0,92
RPM	0	2	0,50
Sommet mal fléchi	7	12	0,28
Syndrome de pré rupture utérine	4	3	0,86
Dystocie dynamique	9	2	1,02
Procidence du cordon	0	2	0,50

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

I-Incidence :

Nous notons une augmentation trimestrielle de la prévalence des accouchements sur utérus cicatriciel dans notre service pendant la période d'étude. Nous avons observé une fréquence globale de 9,11%.

98,3% de ces utérus cicatriciel sont constitués de cicatrices obstétricales.

Cette fréquence des accouchements sur utérus cicatriciel n'est pas influencée par l'âge, la profession, la parité, le terme de la grossesse à l'accouchement ($p>0,05$).

Notre taux d'accouchement sur utérus cicatriciel est comparable à celui de : Bah Aminata [7] au Mali qui est de 8,89% ; de Flamme [27] aux Etats-Unis qui est de 9,2% ; Anderson [3] au Canada 7,6%

Par contre il est nettement supérieure à ceux de certains auteurs africains : Vander Walt [62] Afrique du Sud qui est de 3,7%, Tshislombo [61] au Congo qui est de 2,4%, Van Roosmalen Tansanie [63] qui est de 1,8% , El Mansouri Casablanca [25] qui est de 4,3%.

II- Caractéristiques socio démographiques et obstétricales :

1 .L'âge :

L'âge moyen entre les deux groupes est comparable 27,12 ans pour les cas et 27,25 ans pour les témoins. Le plus jeune âge est de 18 ans pour les cas et 16 ans pour les témoins

Confronté aux données de la littérature, cet âge moyen est comparable à celui retrouvé par certains auteurs : A. Hamet Tidjani [2] :27,6 ans ; Bah Aminata : 27,38 ans

La tranche d'âge la plus représenté est de 20-34 ans pour les deux groupes. Elle est de 79,4% pour les cas contre 81% pour les témoins.

2-Parité :

Près de la moitié des patientes (34,4%) sont des primipares.

La plus grande parité est de 10 soit 1,7% des cas, avec une parité moyenne de 2,72. Cette grande parité s'explique par le fait que beaucoup de femmes pensent que la grossesse est une fatalité.

Cette parité extrême est comparable à celle de : A Hamet [2] 1 et 13 ; Ouattara Aly [48] 1 et 12 ; N Benzineb [10] 2 et 12 .

3-Consultation prénatale :

86,2% (50/58) des parturientes avaient fait des CPN pour les cas et 81,9% (95/116) pour les témoins . La différence n'était pas significative ($p=0,54$).

Parmi ces 50 parturientes 21 étaient suivies par les matrones soit 42% pour les cas $p=0,67$

3-Terme de la grossesse :

La grossesse était à terme chez 96,5% des cas et 90,6% des témoins.

Confronté à la littérature, ce taux est comparable à celui retrouvé par E. Alihonou [5] Cotonou : 83,26% chez les cas et 79,8% chez les témoins.

Elle était interrompue prématurément (entre 35-36SA) chez 3,5 des cas contre 6,0 des témoins.

L'âge moyen de la grossesse pour les cas est de 36,6 SA, pour les témoins 38,1SA.

III- Pronostic de l'accouchement :**1-Taux d'épreuve utérine :**

L'épreuve utérine a été proposée à 58 femmes parmi les 114 utérus cicatriciels soit 50,9%.

Notre taux est comparable aux taux de certains auteurs : Benzineb [10] trouve 47,6% ; Mac Mahon [36] 52,9% ; CISSE [14] 54,5%. Dans la littérature 75 à 80% des femmes aux antécédents de césarienne devraient subir une épreuve utérine.

Il est inférieur à celui de VAN WALT [62] qui est de 79,4% ; TSHILOMBO [61] qui est de 74,5% ; OUATTARA ALY [48] qui est de 88,6% ; ROZENBERG [55] qui est de 80,5%.

Ceci s'explique par le fait que durant l'étude nous avons éliminé toutes les causes pouvant influencées négativement une tentative d'accouchement par voie basse étant donné que nous ne disposons pas de cardiotocographe interne.

2-Durée du travail :

La durée moyenne du travail était à 9,77 heures chez les cas et 9,76 chez les témoins. Cette durée est nettement supérieure à celle d'Alihonou .E [5] qui est de 6,8 heures chez les cas et 7,7 heures chez les témoins ; par contre elle est inférieure à celle de Bah Aminata qui, est de 11,86 heures chez les cas et 10,21heures chez les témoins.

63, 8% soit 37/58 étaient venues en phase active chez les cas et 68,1% soit 79/116 chez les témoins.

La durée moyenne de la phase active était de 3,63 heures chez les cas et 4,71 heures chez les témoins. Cette durée est comparable à celle de Bah Aminata qui est de 3,50 heures chez les cas et 2,96 chez les témoins.

3-La réussite de l'épreuve utérine :

L'épreuve utérine a réussi dans 53,4% chez 31 parturientes. Mais de nos jours personne ne connaît le nombre d'utérus cicatriciels qui accouche à domicile.

Ce taux est comparable à ceux de VAN WALT soit 56,7% ; Picaud [51] soit 59,2%.Il est inférieur à ceux de Tshilombo Congo 84,8% ; Benzineb 82%.

Parmi les 31 parturientes accouchées par voie basse ; 28 ont expulsé spontanément (48,3%) et les 3 parturientes soit 5,2% ont subi une extraction instrumentale (Forceps).

Le taux d'extraction instrumentale de 5,2% est faible par rapport aux 13,6% obtenus par Picaud et supérieur aux 2% de TSHILOMBO. Elle était indiquée pour défaut d'expulsion.

6 patientes (10,3%) ont au moins un antécédent d'accouchement par voie basse sur leur utérus cicatriciel. Le taux de succès de l'épreuve utérine dans ce groupe est de 33,3%. Ces patientes ont 0,23 fois plus de chance de réussir l'épreuve utérine que les autres patientes.

La voie d'accouchement la plus fréquente entre les deux groupes est la voie basse (53,4% cas, témoins 74,1%). La différence est significative ($p=0,04$).

Ces résultats montrent que l'épreuve utérine sur utérus cicatriciel peut être correctement prise en charge dans les maternités ne disposant pas de moyen de surveillance électronique cardiotocographique.

Cette surveillance électronique apporte certes une sécurité supplémentaire dans la gestion du travail ; elle permet de dépister précocement une souffrance fœtale ou des anomalies contractiles pouvant favoriser une rupture utérine, elle est indispensable dans certaines situations par exemple.

La surveillance clinique que nous utilisons c'est avec beaucoup de rigueur et de patience par l'enregistrement du BCF par le stéthoscope de Pinard et la durée du travail par le partogramme qui nous permet d'avoir un certain taux de succès de l'épreuve utérine. Mais dans nos conditions d'exercice le problème est plutôt la référence tardive de certaines parturientes dès le début du 9 mois de la grossesse et la surveillance correcte des grossesses par la prise de toutes les constantes.

4-L'échec de l'épreuve utérine :

Parmi les 58 femmes soumises à l'épreuve utérine 27 parturientes, soit 46,5% ont bénéficié d'une césarienne en urgence.

Ce taux mérite d'être souligné dans un service où la surveillance de la parturition est clinique.

Ce constat est le contraire pour certains auteurs africains qui figurent dans notre revue de littérature avec des taux de césariennes supérieurs à 60%

Diadhiou [20] 72,9% ;Benzined [10] 70,2 ;Bah Aminata [7] 74,8%.

Chez 33,3% de ces 27 patientes l'indication de la césarienne était liée à la dystocie dynamique. Ceci s'explique par le fait que dans notre service le travail n'est jamais déclenché sur utérus cicatriciel, et en cas de dystocie dynamique nous n'utilisons jamais la perfusion d'ocytocine pour la direction du travail.

25,9% étaient dues à une souffrance fœtale diagnostiquée sur la base d'une coloration verdâtre du liquide amniotique ou d'une modification de la fréquence cardiaque fœtale au stéthoscope de Pinard,

14,9% pour syndrome de pré-rupture,

25,9% pour sommet mal fléchi.

III-Césarienne sur utérus cicatriciel

1-Difficulté opératoire:

La principale difficulté opératoire sur utérus cicatriciel au cours de cette étude est la présence des adhérences. Elles ont été trouvées dans 33,3% chez les cas contre 3,3% chez les témoins qui ont subis d'autre intervention qui n'est pas précisée. La différence est significative $P = 0,01$.

Ce taux est comparable à celui de Bah Aminata 29,7%, inférieur aux 14,3% obtenu par LEBRUN [34].

2- Les pratiques associées :

a-LRTB :

Nous avons pratiqué dans 15,5% (9/58) des cas, la ligature et la résection tubaire contre 5,2% (6 /116) chez les témoins. Ce taux de stérilisation de 15,5% sur utérus cicatriciel est inférieur aux 26% pratiqués dans l'étude d'EL Mansouri [25]

3-L'hystérectomie :

L'hystérectomie a été réalisée le plus souvent dans un but hémostatique. Elle a été effectuée dans 1,8% chez les cas et 0,9% chez les témoins, cette différence n'est pas significative ($p > 0,05$). Ce taux est comparable à celui de Bah Aminata 1,0% chez les cas et 0,8 chez les témoins.

IV-Révision utérine

Dans notre service la révision utérine est systématique après accouchement sur utérus cicatriciel et occasionnelle dans les utérus non cicatriciel dont 5,8 % pour hémorragie de la délivrance, placenta incomplet.

Nous n'avons eu aucun cas de déhiscence ou de rupture utérine lors de la révision utérine. L'absence de ces évènements s'explique par notre attitude : pas de déclenchement sur utérus cicatriciel ni de direction du travail à l'ocytocine.

Une revue de la littérature faite par Perrotin [53] note des taux de révisions utérines de 0,10 à 0,43% ; par Saint-Hilaire 0,26%.

V-Rupture utérine :

La rupture utérine reste la complication la plus redoutée chez les patientes antérieurement césarisées, et c'est souvent la crainte de sa survenue qui fait récuser la tentative d'accouchement par voie vaginale.

Dans notre étude nous avons eu un cas en per opératoire soit 3,8% ; ce faible taux s'explique par la contre indication des ocytociques sur utérus cicatriciel dans le service et le non déclenchement du travail sur utérus cicatriciel.

Notre taux est proche de certains auteurs : DIADHOU MT [20] soit 3,1% ; PICAUD [51], soit 4,9%.

Cet accident est rare dans les pays développés avec des taux souvent inférieurs à 1% ; MELLIER G EN [42] en France qui est de 0,8% ; NIELEN TF [47] en Suède qui est de 0,1% Chazote [17] au USA qui est de 0,1% Silbersten [65] en Israël qui est de 0,03%.

VI- NOUVEAUX NES

Nous avons enregistré 9 mort-nés soit 15,5% pour les cas et 14 soit 12,1% pour les témoins.

Malheureusement ce constat se voit chez bien des parturientes dont la grossesse n'a pas été suivie ou une mauvaise surveillance des grossesses lors des consultations prénatales pendant lesquelles tous les paramètres ne sont pas souvent contrôlés.

Le rythme cardiaque enregistré à l'admission était perçu chez deux parturientes mais à l'accouchement, les nouveaux nés étaient morts nés. Ceci s'explique par l'insuffisance de la clinique souvent dans l'appréciation du bruit du cœur fœtale.

Le BCF était normal (120-160) chez 68,9% des cas et 80,1% chez les témoins.

Le score d'apgar était compris entre 8-10 chez 37 nouveaux nés pour les cas et 88 nouveaux nés pour les témoins. Le pronostic néonatal immédiat était satisfaisant dans notre série. La différence n'est pas statistiquement significative $p=0,49$

Le poids à la naissance était en moyenne de 2973,27 g pour les cas et 3041,89g pour les témoins.

Ceci s'expliquent par le fait que la majeure des grossesses était en terme.

VII- Pronostic post partum

1- Mère :

Aucun cas de décès maternel n'a été noté chez les cas et pour les témoins un décès maternel soit 0,9% pour anémie décompensée du post partum. Ce constat est le même chez certains auteurs en Afrique 0 à 1,4% [14,52].

Nous avons enregistré une suppuration pariétale chez les cas soit 3,7% et 3 chez les témoins soit 10%

2- Nouveaux nés :

Nous avons enregistré 3 décès néonataux pour les cas (2 décès après une césarienne itérative de nécessité chez les parturientes transférées pour souffrance fœtale aigue et un pour prématurité pesant 1900g) et 2 décès néonataux pour les témoins tous après accouchement par voie basse. Il n'existe pas de différence statistiquement significative ($p=0,44$).

CONCLUSION

Les résultats de notre étude plaident en faveur de l'accouchement par les voies naturelles après cicatrice utérine, avec peu de risques liés à cette cicatrice quant les grossesses sont étroitement surveillées.

En effet la survenue d'une grossesse sur un utérus cicatriciel doit être considérée comme une grossesse à risque et traitée comme telle.

Avec une surveillance obstétricale normale et attentive, un utérus uni cicatriciel après césarienne segmentaire doit être considéré comme un utérus normal, susceptible à la femme d'accoucher tout aussi simplement et ne les expose pas à un risque particulier de rupture utérine. En outre c'est le moyen le plus efficace pour réduire le taux global de césarienne, permettant de ce fait, un gain significatif en termes de morbidité et de mortalité maternelle ainsi qu'en terme d'économie de santé.

Les faibles mortalité et morbidité retrouvées dans notre série comme en Afrique noire montre que dans la pratique obstétricale des pays en voie de développement, à l'instar des pays développés les utérus cicatriciel apparaissent de plus en plus comme des utérus normaux malgré les contraintes liés au sous-équipement. La surveillance rigoureuse du travail par le partogramme, le diagnostic précoces des dystocie avaient amélioré le pronostic en terme de décès maternel qui était nul chez les cas contre 1 chez les témoins. La situation à haut risque dans notre série comprenait des références tardives responsables des décès fœtaux.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, des recommandations sont proposées et s'adressent

- Aux femmes porteuses d'utérus cicatriciel :

- D'aller accoucher dans un centre de santé équipé d'un plateau chirurgical.

- D'amener tout document de l'intervention antérieure pouvant apporter un éclaircissement quant à la prise en charge

- Au personnel sanitaire

- Faire toujours l'information médicale auprès des femmes césarisées et l'organisation de la référence afin d'améliorer le pronostic maternel et néonatal

- Remplir correctement les dossiers médicaux et les compte-rendus opératoires avec tous les détails, bien préciser les suites opératoires (car il est important pour l'avenir de la patiente et pour la conduite à tenir au cours des grossesses ultérieures de connaître l'état de la cicatrice de l'hystérotomie)

- Faire une consultation post-natale dès les 6^{ème} et 8^{ème} semaines et 6 mois après l'intervention

- A la communauté :

Participer à la dotation de la banque de sang par des dons volontaire et régulier.

- A la direction de l'hôpital :

Doter la salle d'accouchement d'un appareil tococardiographique après formation du personnel spécialisé

REFERENCES

1. ABBASSI H. Aboulfahah A. Karroum M. Bouhya S.

Bekkay M

Accouchement des utérus cicatriciels : peut-on élargir l'épreuve utérine ? J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1998, 27 : 425 – 429

2. A Hamet Tidjani A Gallais M Garba

L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger à propos de 590 cas Méd d'Afr Noire : février 2001, tome 48 (2) : 63 – 66

3-Anderson Gm

Determinants of the increasing cesarean birth rate N Engl J Méd 1994 ; 311 887 – 92

4-A Weihbe Jp Lechaux A Ioan

Ruptures utérines à 28 SA DUN UTERUS CICATRICIEL GRAVIDE. Attitude chirurgicale conservatrice et résultat Rev Fr Gynécol Obctét 1994, 89 3 : 138-141

5-Alihonou E.Lokossou A. Adisso S.Takpara I.Teguete I.Adongnibo M O.De Souza J

Accouchement et utérus cicatriciel à Cotonou : risques maternels, périnataux et pronostic. Journal de la SAGO. 2005 vol.6 n1.p.6-12

6. Baeta S Tete V.K Ihou. K.A. Nyame An. Akpadza K.S

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

7. Bah. A

Thèse de Médecine – Grossesse et accouchement sur utérus cicatriciel (a propos d'une étude cas – Témoins) Bamako Mali: 03- M72

8- Barrat J. Maria B.

Les utérus cicatriciels. Traité d'obstétrique, t. 2, Paris, Masson, 1985: 275-87.

9-Ben Amor M, -

Pronostic de l'accouchement de la femme antérieurement césarisée. A propos de 511 cas. Thèse de Médecin N°38. Tunis 1994.

10-Benzineb N.Bellasfar B. Bouguerra B.Amri Mt. Sfar R.

Accouchement par voie basse après césarienne. A propos de 173 épreuves utérines.

Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1998. 93.4.282-284.

11. 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. Gynécol. Obstét. Biol. Réprod. 1991. 20: 116- 122.

12-Boissellier P.Maghioracosz P. Marpeau L.

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

13-Camus M .Lefebvre G. Iloki Lh .Seebacher J.Abbadie F.

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

14. Cisse Ct. Awagnignon E . Terolbe I . Diadhou F

Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar J Gynécol Biol Répond 1999 .28 6 556- 562

15. Cisse Ct . Adriamady C .Faye Eo Diouf A .Bouillin D .Diadhiouf

Indications et pronostic de l'opération césarienne au CHU de Dakar J Gynécol Obstét Biol Reprod 1995 ; 24 : 197 – 9

16. Cosson M .Dufour Ph .Nayama M . Vinatier D . Monnier Jc

Pronostic obstétrical des utérus cicatriciels. A propos de 641 cas J Gynécol. Biol. Réprod .1995. 24. 435 – 439

17-Chazote C Maddens R Cohen W.

Labord Patterns in women with previous cesareans. *Obstet gynecol* 1990.74-694-7

18-De Muyllder X

Vaginal delivery after caesarean section: is it safe in developing contry ? *Aust. NZJ Obstel Gynecol*, 1988, 28 (2) : 99 – 102.

19- Dembele Bt.

Etude épidémiologique, 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

20-Diadhio M. T. Moreira P. Diouf. A. Faye E.O, Moreau J.C Diadhio F

L'accouchement sur utérus cicatriciel : résultats préliminaires à propos de 288 cas. Congrès de la SAGO : Bamako 2003.

21-. Diallo F. B. Idin. Vangederhuysen. D. Baraka. I. Hadiza. Sahabi. I. Labo .M Dare . M. Garba

La rupture utérine à la maternité centrale de référence de Niamey (Niger) : aspects épidémiologie à Dakar (Sénégal). *Médecine d'Afrique noire* : 1998 45(5).

22-Diouf A Dao B. Diallo D. Morenra P. Diadhouf

La rupture utérine au cours du travail : expérience d'une maternité de référence à Dakar (Sénégal). *Médecine d'Afrique noire* : 1995 42(11) 594 - 597.

23-Diomande G.

Contribution à l'étude de l'accouchement dans les utérus antérieurement césarisés. A propos de 204 cas colligés à la maternité du service Gynécologie Obstétrique du CHU de Cocody. Thèse de Médecine Abidjan : 1993 N° 1504

24-Drabo A.

Les ruptures à l'hôpital Somine DOLO de Mopti : facteurs influençant le pronostic materno foetal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas. Thèse de Médecine de Bamako, 2000 N°7

25-El Mansouri A.

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

26-Flamm Bl Geiger Am.

Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. Obstet Gynecol 1997 ; 90 : 907 – 10

27-Flamm Bl Newman La Thomas Sj Fallon D Yoshida Mm

Vaginal birth after caesarean delivery : result of a 5 years multi center collaborative study. Obstét Gynecol 1990 .76 : 750 – 4

28- Herlicoviez M .Von Theobald P. Barjot P. Marie G. Uzan M. Muller G Levy G

Conduite à tenir devant un utérus cicatriciel

Rev .Fr.Gynecol ..,1992,87 (4) :209-218

29. K. Akpadza. K.T. Kotor Sb. Baeta. Aks. Hodonou

Les ruptures utérines au cours du travail au centre hospitalier régional de SOKODE (Togo) Médecine d'Afrique noire : 1994.41 (11) : 604 – 607.

30-Kamina P

Dictionnaire d'anatomie : atlas / Pierre Kamina – Paris : Maloine S.A 1983

.Anatomie Gynéco-Obstétrique, Pierre Kamina – Paris : Maloine 1984 SIMEP 1996

31-Langer B Schlader G

Journal de Gynécologie – Obstétrique et biologie de la reproduction 1998 : 27 (1) : 62 – 70 IS : 0368 – 2315 PY : 1998

32-Lansac J .G Body

Pratique de l'accouchement 2eme édition 1992 SIMEP RUE de l'éperon 75006 Paris

33- Lansac J. Berger C .Magnin G

Obstétrique pour le praticien 4ème édition 1994 SIMEP 12 RUE de l'éperon 75008 Paris.

34-Lebrun F .Amiel . Tison C .Sureau

Conduite à tenir devant un utérus cicatriciel. La Tunisie Médecine 1995 ; 42 391 – 6

35-Lehmann M. Hedelin G. Sorgue C. Gollner J. L. Grall C. Chamia. Collin D

Les facteurs prédictifs de la voie d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel. J Gynécol. Obstét. Biol. Réprod 1999 ; 28 : 358 – 368

36-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

37-Magin G.

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

38-Ma Shiri. Ader Dour. N Zaher

Etude comparative des 2 séries de ruptures utérines colligées au CHU – AVERROES de Casablanca de 1979 à 1981 et de 1984 à 1986. J. Gynécol Obstét Biol Réprod 1989, 18, 206 – 212.

39-Maria B

Quelle attitude adopter devant une patiente présentant un utérus cicatriciel à la fin du XXe siècle ? la lettre du Gynécologie N°223 juin 1997

40-Moma

Morbidité maternelle en Afrique de l'ouest. INSERM unite.1998, 149.

41-Meehan Pf. Moolgaoker As. Stallworthy J.

Vaginal delivery under caudal analgesia after caesarean section and other major uterine surgery.

Br.Med.J.1972 .2:740-742

42-Mellier G. Forest A M. Kacem R. Mermet J.

L'utérus cicatriciel : conduite à tenir. Rev fr Gynécol Obstét, 1986, 81; 223 – 228

43-Meicier Darai E. Pinetc Raout I. Colan Jc.

Rupture sur utérus cicatriciel méconnue. Rev Fr. Gynécol Obstét 1991 – 96. 10. 609 – 611

44-Merger R.Levy J. Melchior J.

Précis d'obstétrique, 5eme édition revue et augmentée, éditions Masson Paris .Milan. Barcelone.Mexico 1989

45-Michael J .Turner.Deliveri After One Previous Caesarean Section.

American Journal Of Obstetrics And Gynecology Online .1997. Volume 176.Number4

46.Megafu U.

Hazard of delivery after two previous caesarean sections. Tropical J Obstet Gynecol 1998 .1 : 86 – 8

47-Nielsen Tf.ry and trial of labor after previous cesarean section . Acta obstet Gynecol Scand 1985;64: 485-90.

48.Ouattara Aly

Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 570 cas. Thèse de méd – Bamako Mali 2004 – M 101

49-Oltant Mh. Khashoggu T. Adelusi B.

Pregnancy following rupture of the pregnant utérus international journal of Gynaecology and Obsetric 25 (1) : 42. 1996 jan

50-Papiernick E. Cabrol D. Pons J-C

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

51-Picaud A. Nlome -Nze Ar. Ogwet N. Mouely G.

Les ruptures utérines. A propos de 31 cas observes au centre hospitalier de Libreville. Rev fr Gynécol Obstét 1989, 84 : 411 – 416

52.Picaud A Nlome –Nze Ar. Ogowet N. Engogah T. Ella – Ekogha R.

Delivery in the scarred uterus. A propose of 606 cases in 62193 deliveries. Rev fr Gynécol Obstét 1990 jun ; vol 85 (6) : 387 – 92

53. Perrotin F Marret H Fignon A Bodyg Lansac J.

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

54-Recommandations Pour La Pratique Clinique Césarienne

Conséquences et indications (2000) J Gynécol Obstét Biol Reprod, 2000, 29 (suppl N°2) : 9 – 108

55-Rozenberg P Goffinet F Phillippe Hj Nisand L.

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

56-Racinet C. Bouzi Df.

Césarienne In Obstétrique. Ellipses Aupelf/Uref, édition Paris, 1995. 821.34

57-Rudigoz Rc. Chardon C. Gaucherand P. Audra P. Clement Hj Caffin Jp. Cortey C. Putet G. Leclercq O.

La césarienne en 1988. Problèmes obstétricaux posés par l'utérus cicatriciel – fréquence et indications des césariennes. Complications infectieuses et hémorragiques de la césarienne - Prévention des complications thromboemboliques après césarienne. Place de la césarienne avant 32 semaines. Rev fr Gynécol et obstét ; 1990 85 ; 2 : 105 – 120

58-Saint Hilaire P. Gaucherand P. Bagou G. Rudigoz Rc.

Grossesse et utérus cicatriciel. Encycl Médicaments CHIParis, Obstétrique 5-030 – A 20, 1992 : 16p

59-Segard L.

Les utérus cicatriciels nécessitent ils toujours une attention particulière ? Gynécol Obstét 1995 ; 337 : 3.

60-Troyer Lr. Parisi Cm.

Obstetrics parameters affecting success in a trial of labor: designation of a scoring system. Am J Obstet Gynecol 1992; 167: 1099 – 104

61-Tshilombo Km. Mputu L. Nguma M. Wolomby M. Tozin R. Yangak

Accouchement chez la gestante Zaïroise antérieurement césarisée J Gynécol Obstét Biol Réprod 1991 ; 20 : 568 – 74

62-van der walt wa. cronje hs bam rh.

Vaginal delivery after one caesarean section. Gynécol Obstét 1994 ; 46 : 271 -7

63-Van Roosmalen J.

Vaginal birth after caesarean section in rural Tanzania int J Gynécol Obstét 1991 ; 34 211 – 5

64-Venditteli F. Colin C. Vergnenegre A.

Epreuve utérine ou césarienne itérative chez une patiente antérieurement césarisée ? un exemple d'analyse de décision médicale. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1995. 24- 636 – 643

65-Weinstein Dw. Benhustan A Anos V. Zilberstein R. Rojansky N.

Predictive score for vaginal birth after caesarean section. Am J Obstét Gynécol 1996 : 174 : 192 – 8

FICHE D'ENQUETE**Epreuve utérine****I-Identification du malade :**

1) Date d'entrée

2) Dossier N°

3) **Nom**4) **Prénom:****5) Ethnie /...../**a. Bambara e. Malinké i. Sonrhäï b. Sénoufo f. Mossi j. Maures c. Sarakolé g. Peulh

k. Bozo

d. Minyanka

h. Dogon

l. Autres

6) Age /.....ans/**7) Statut matrimonial//**

a) mariée

c) veuve

b) célibataire

d) divorcée

8) Profession. /...../

a) ménagère

c) fonctionnaire

b) élève/ étudiant

d) autres

II-Admission :**1) Mode d'admission**

a) Venue d'elle-même

b) Référée

c) Evacuée

2) Motif d'évacuation**3) Traitement reçu avant évacuation**

4) Provenance /...../

- a) ville de Mopti
- b) CSCOMS de Mopti
- c) Autres cercles de Mopti

5) Moyen de transport /...../

- a) Ambulance
- b) transport en commun
- c) Pirogue
- d) véhicule personnel
- e) Autres

III. Antécédents :**1) Antécédents médicaux /...../**

- a) HTA
- b) Asthme
- c) Drépanocytose
- d) Autres

2) Antécédents gynéco obstétricaux :

G.....P.....V.....A.....D

3) Antécédents chirurgicaux

- a) Césarienne
- b) Myomectomie
1 unique :.....2 poly myomectomie
- c) Kystectomie
- d) Rupture utérine

IV) Période prénatale :

- 1. DDR a=connue b= inconnue
- 2. DPA a=connue b= inconnue
- 3. CPN faite a=oui b=non
- 4. AUTEUR.....

a= Spécialiste b=Généraliste c=Sage femme d=Infirmière
obstétricienne e=Autres

- 5. Age de la grossesse

V. Examen clinique :

1. Phase du travail

a=Latence

b=Active

2. Durée du travail (en heure)

3. Hu (cm)

4. BCF (btm par min)

5. Température

6. TA systolique

7. TA diastolique

8. Dilatation

9. Etat des membranes

a= Intactes

b= Rompues

10. Si rompue couleur du liquide amniotique

a=Clair**b=Jaune****c=Hématique****d=Meconiale****e=Purée de pois****VI Mode d'accouchement /...../**

1. vaginale simple

2. instrumental

3. césarienne

4. laparotomie

5. Si oui, hystérectomie**a=oui****b=non****VII-Césarienne /...../**

1. Après épreuve utérine

2..En urgence

3. Indication de césarienne /...../

a. SFA

b. Signes de déhiscences

c. Pathologie maternelle

d. Pathologie du cordon

e. Pathologie placentaire

f.Sommet mal fléchi

g.Syndrome de prérupture

h.Dystocie dynamique

VII. Difficultés opératoires :

1. existence d'une rupture utérine à l'ouverture
2. le siège de la rupture
3. y a-t-il eu atteinte des pédicules vasculaires au cours de la rupture
4. Existence d'adhérence

VIII. Complications :

1. Complication après voie basse

a=Oui b=non

- a. Si oui, préciser
- b.Déchirure du périnée
- c.Déchirure du col
- d.Bosse séro-sanguine
- e.Etat de choc
- f.Hémorragie de la délivrance

g.Infection puerpérale

h.Autres

2. Complication per opératoires

- a. Trouble de la coagulation
- b.hémostase laborieuse
- c.lésion vésicale
- d.lésion urétérale
- e.Mort maternelle

1=Au cour de l'acte chirurgical

2=avant l'acte chirurgicale

f.Complication anesthésiologiques

1=oui 2=non

3. Complications post opératoire /...../

a.complication infectieuses 1=oui 2=non

b.Si oui ,préciser

-Endometrite

-Infection urinaire

-Suppuration parietale

-Choc hypovolemique

c.Hémorragie

d.Thrombo phlébite

e.Autres

IX. Délivrance /...../

1. Naturelle

2. Dirigée

3. Artificielle

X. Révision utérine :

1=Oui 2=Non

XI. Nouveau né /...../

1. Etat à la naissance a=vivant b=mort né

2. APGAR 1mn

3. APGAR 5mn

4. Poids en grammes

5. Décès néonatal

6. Réanimé

7. non réanimé

8. transfert en pédiatrie

Oui

Non

9. Si oui précisé le motif

a. Detresse respiratoire

b. Prématurité

c. Petit poids de naissance

XII. Suites de couches

1. Simple

2. compliquées

3. décès maternel

4. Si décès précisé la cause

.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : **Sow**

Prénom : **Oulémata Kankou**

Titre de la thèse : **Epreuve utérine à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti**

A propos d'une étude cas- témoins.

Année : **2009-2010**

Ville de thèse : **Mopti**

Pays d'origine : **Mali**

Résumé :

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective et analytique cas -témoins.

L'objectif était d'étudier l'épreuve utérine à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Dans notre étude nous avons recensé 114 utérus cicatriciels sur 1251 accouchements effectués dans le service pendant la période d'étude, soit 9,11% ; nous avons retenu 58, soit 4,63%.

Ainsi pour les 58 femmes portant un utérus uni cicatriciel, 27 (46,5%) ont accouché par voie haute contre 31 (53,5%) par voie basse ; tandis que les témoins ont fait 30 (25,9%) voie haute contre 86 (74,1) voie basse

L'âge moyen des patientes était de 27,12 ans pour les cas et 27,25 ans pour les témoins. La grossesse était non suivie chez 13,8% pour les cas (8/58) et chez 18,1% pour les témoins (21/116).

Le poids moyen à la naissance était de 2973,27 g pour les cas et 3041,89 g pour les témoins. Cependant aucun décès maternel n'était enregistré chez les cas et pour les témoins un décès maternel. Le taux de mortalité néonatale est de 15,5% pour les cas et 12,1% pour les témoins. Le score d'APGAR était compris entre 8-10 chez 37 nouveaux nés pour les cas et 88 nouveaux nés pour les témoins avec une différence non significative ($p=0,49$)

Mots clés : Utérus cicatriciels, Epreuve utérine, césarienne, Mopti, MALI

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et 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 je 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 les crimes.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, 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 donnerai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !