



**UNIVERSITE DE BAMAKO**

Faculté de Médecine de Pharmacie et  
d'Odontostomatologie



Année Universitaire 2009/2010

Thèse N°...../

*Titre :*

**EPREUVE UTERINE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA  
COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le ---/---/2010 devant la Faculté de  
Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

**Par MAMADOU AMADOU TRAORE**

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

*Jury :*

Président Pr. SALIF DIAKITE  
Membres : Dr TOGO ADEGNE  
CODirecteur: Dr SOUMANA O TRAORE  
Directeur : Pr MAMADOU TRAORE

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE****ANNEE UNIVERSITAIRE 2009-2010****ADMINISTRATION****DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR****1<sup>er</sup> ASSESSEURE : BOUBACAR TRAORE – MAITRE DE CONFERENCES****2<sup>ème</sup> ASSESSEURE : IBRAHIM I. MAIGA - MAITRE DE CONFERENCES****SECRETAIRE PRINCIPAL : IDRISSE AHMADOU CISSE – MAITRE ASSISTANT****AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL –  
CONTROLEUR DES FINANCES****LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	ophtalmologie
Mr Bocar SALL	orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro – Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie – pathologie – Histiembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Medicine Interne
Mr Boukassim HAIDARA	Legislation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	orthopédie Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chirurgie Générale et Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco Obstétrique

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE****D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES****1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE	Chirurgie Générale, chef de D.E.R.
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Tièman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssef COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
Mr Zi,ogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL

**3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Issa DIARRA	Gyneco-Obstetrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Dieneba DOUMBIA	Anesthésie – Réanimation
Mr Zanafon OUATTERA	Urologie
Mr Adama SANGARE	orthopédie Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	orthopédie Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	orthopédie Traumatologie
Me Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie

Mr Boureima MAIGA	Gynéco Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie – Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacar GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr BIRAMA TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Générale
Mr Hamady TRAORE	Odonto Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro- Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie – Réanimation
Mr Alhadji Seydou DEMBELE	Anesthésie – Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynéco Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynéco Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koreissy TALL	Anesthésie – Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie – Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie – Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odonto Stomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAGAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatoumata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaila KEITA	Chirurgie Générale

Mr Alhassane TRAORE

Chirurgie Générale

**D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES****1. PROFESSEURS**

Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie- Mycologie
Mr Yéniméqué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Sekou F.M. TRAORE	Entomologie Moléculaire Médicale

**2 MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie- Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie chef de D.E.R.
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie Virologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie

**3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bourema KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie Virologie
Mr Cheik Boukadari TRAORE	Anatomie – Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie- Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie – Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie

**4. ASSISTANTS**

Mr Mamadou BA Médicale	Biologie, Parasitologie Entomologie
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOUO	Chimie Analytique
Mr Aldiouma GUINDO	Hématologie

**D.E.R. DE MEDECINE ET SPICALITES MEDICALES**

### 1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro- entérologie- Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie

### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE	Medicine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Medicine Interne
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro Entorologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie, chef de D.E.R.
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou Diawara	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Kaya Assetou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie

Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mahamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastroentérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastroentérologie
Mr Souleymane COULIBALY	PSYCHOLOGIE
Mr Cheik Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Agoussa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie

## **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACETIQUES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique, chef de D.E.R.
Mr Ousmane DUOMBIA	Pharmacie chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoit Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation

Mr Ousmane KOITA  
 Mr Yaya COULIBALY  
 Mr Abdoulaye DJIMDE  
 Mr Sékou BAH  
 Mr Loseni BENGALY

Parasitologie Moléculaire  
 Législation  
 Microbiologie- Immunologie  
 Pharmacologie  
 Pharmacie Hospitalière

## **D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**

### **1. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Mamadou Souncale TRAORE	Santé Publique, chef de D.E.R.
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Massabou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidemiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologies Medical
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique

### **2. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheik Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

### **3. ASSISTANTS**

Mr Oumar THIERO	Bio statistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

## **CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Zoubeirou MAIGA	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématique
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique



Mr Cheik O. DIAWARA

Bibliographie

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Babacar FAYE  
Pr. Amadou Papa DIOP  
Pr. Lamine GAYE  
Pr. Pascal BONNABRY

Pharmacodynamie  
Biochimie  
Physiologie  
Pharmacie Hospitalière

# DEDICACES

## DEDICACES

Ce travail est avant tout l'expression de la miséricorde de Dieu à mon égard. C'est par lui que je suis et c'est pour lui que je dois être. Qu'il en soit glorifié. Puisse cette lumière divine me guider au cours du restant de ma vie Amen.

### **A ma mère : Kadidia TOURE**

Ton comportement en famille et en société est d'un exemple digne d'enseignement.

- Compter tes qualités reviendrait à mesurer les limites de l'univers. Je n'ai pas de mots pour signifier mon amour, ma reconnaissance et mon admiration pour toi. Ce travail est le fruit de tes bénédictions, de ton éducation et de tes sacrifices.

Mère nous voici arrivés à ce jour tant attendu, par vous tous et pour lequel tu m'as beaucoup bousculé.

Qu'Allah de tout puissant de donne longue vie, bonheur ici bas et dans au-delà.

### **A mon père : Amadou TRAORE**

Je me souviendrai toujours des moments de joie, d'amour que tu as et continue de partager avec nous.

Ce travail est le fruit de ton éducation, de tes bénédictions. Qu'Allah le tout puissant te donne longue vie.

### **- A mes oncles :**

Vos soutiens et vos conseils n'ont jamais fait défaut qu'Allah vous donne longue vie.

# REMERCIEMENTS

## REMERCIEMENTS

A tous mes maîtres du 1<sup>er</sup> cycle de l'école fondamentale du groupe scolaire B de Mopti.

- mes maîtres du second cycle groupe I de Mopti.
- mes maîtres du lycée Hamadoun Dicko de Sévaré
- Aux professeurs de la FMPOS

### **- A Mme Guitteye Fatoumata Traoré et son époux :**

Merci sincèrement pour vos soutiens.

Qu'Allah vous accorde sa grâce, vous donne longue vie et bonne santé.

### **- A mon grand frère et son épouse : Mahamane Traoré et Aïchatou Traoré**

Votre ardent désir de me voir réussir m'a accompagné tout au long de ce cheminement. Affectueusement, acceptez que cet ouvrage soit le vôtre.

### **Aux personnels du CSREF CV :**

Vous m'avez accueilli dans votre centre de santé comme cela se doit : les médecins, les sages-femmes, les anesthésistes paramédicaux, vous avez tous contribué à ma formation.

C'est le lieu pour moi de vous remercier et de renouveler mon attachement à votre professionnalisme. Recevez d'un sens exceptionnel, ma reconnaissance et acceptez mon pardon.

Que Dieu vous garde tous longtemps en bonne santé.

### **A mes amis et amies :**

J'espère que tout le monde se reconnaitra dans cette dédicace.

C'est avec un sentiment de satisfaction que je vous remercie.

**A mes collègues de promotion et cadets :**

Nous avons partagé des moments de galère et de bonheur recevez toute ma reconnaissance.

- **Tous les Faisants Fonction d'Internes au CSREF CV.**
- **Tous les D.E.S en Gynécologie Obstétrique.**

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et Président du jury, Professeur Salif DIAKITE**

**Professeur de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali,**

**Cher Maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le présent jury de thèse.

Homme de science réputé et admiré, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre grande disponibilité et votre amour du travail bien fait. Nous avons été comblés par l'enseignement de qualité dont nous avons bénéficié à vos côtés. Vos qualités intellectuelles font de vous un modèle de maître souhaité par tous.

Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.

Que Dieu vous garde longtemps auprès de nous.

Amen.



**A notre Maître et Directeur de Thèse, Professeur Mamadou TRAORE,**

**Professeur Agrégé de Gynécologie Obstétrique,**

**Secrétaire Général de la SAGO,**

**Coordinateur national de GESTA International,**

**Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.**

**Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V.**

**Cher Maître,**

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

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

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

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

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

Que Dieu vous comble de ses grâces.

Amen.

**A notre Maître et Co-Directeur, Docteur Soumana Oumar TRAORE,**

**Spécialiste en Gynécologie Obstétrique,**

**Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune V,**

**Leader d'opinion Local du Programme GESTA au CSREF CV**

**Point Focal de la Césarienne au Centre de Santé de Référence de la  
Commune V.**

**Cher Maître,**

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de codiriger cette thèse.

Nous avons bénéficié de votre encadrement en gynéco-obstétrique. En plus de vos qualités scientifiques, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines et sociales.

Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour votre courtoisie. Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux, que le Tout puissant vous donne plus de force et plus de courage pour l'encadrement des étudiants.

Amen !

**A notre Maître et juge, Docteur TOGO Adégné,**

**Maître Assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-  
Stomatologie du Mali,  
Chirurgien au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré.**

**Cher Maître,**

Nous avons été émerveillés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger parmi ce jury.

Votre maîtrise du métier, votre sens élevé du travail bien fait et votre courage méritent une admiration.

Que le Tout Puissant, vous donne toujours la force pour l'encadrement des étudiants thésards.

Soyez ici remercié.

Amen.

# SIGLES ET ABREVIATIONS

## SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>ATCD :</b>	Antécédent
<b>BDCF :</b>	Bruits du cœur fœtal
<b>BGR :</b>	Bassin généralement rétréci
<b>CSRéf CV:</b>	Centre de santé de référence de la commune V
<b>CHU :</b>	Centre Hospitalier et Universitaire
<b>CNTS :</b>	Centre National de Transfusion Sanguine
<b>CPN :</b>	Consultation Prénatale
<b>CSCom :</b>	Centre de santé communautaire
<b>DDR :</b>	Date des Dernières Règles
<b>DFP:</b>	Disproportion Foeto-Pelvienne
<b>Ef :</b>	Effectif
<b>FFI :</b>	Faisant Fonction d'Interne
<b>GATPA :</b>	Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement
<b>HGT :</b>	Hôpital Gabriel Touré
<b>HNPG :</b>	Hôpital national du Point G
<b>HRP :</b>	Hématome rétro placentaire
<b>HTA :</b>	Hypertension artérielle
<b>HU :</b>	Hauteur utérine
<b>IIG :</b>	Intervalle inter génésique
<b>IST :</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>IVG :</b>	Interruption volontaire de la grossesse
<b>LRT :</b>	Ligature Résection des Trompes
<b>MAF :</b>	Mouvements actifs du fœtus
<b>MFIU :</b>	Mort fœtale in utero
<b>PDE :</b>	Poche des eaux
<b>PF :</b>	Planning Familial

<b>PN :</b>	Poids de naissance
<b>P.P :</b>	Placenta Praevia
<b>Puls/mn :</b>	Pulsation par minute
<b>RPM :</b>	Rupture prématurée des membranes
<b>SFA :</b>	Souffrance fœtale aiguë
<b>TA :</b>	Tension artérielle
<b>UC :</b>	Utérus cicatriciel

# SOMMAIRE

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>OBJECTIFS</b>	<b>4</b>
<b>III.</b>	<b>GENERALITES</b>	<b>5</b>
<b>IV.</b>	<b>METHODOLOGIE</b>	<b>37</b>
<b>V.</b>	<b>RESULTATS</b>	<b>45</b>
<b>VI.</b>	<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b>	<b>73</b>
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>77</b>
<b>VIII.</b>	<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>78</b>
<b>IX.</b>	<b>REFERENCES</b>	<b>80</b>
<b>X.</b>	<b>ANNEXES</b>	<b>87</b>

## I. 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 [1].

Mais la nécessité d'une surveillance électronique, cardiotocographique au cours du travail a pendant longtemps limité l'utilisation de l'épreuve utérine dans la pratique obstétricale africaine [2].

L'épreuve utérine n'est réalisée qu'après évaluation des conditions obstétricales et en excluant : l'impossibilité d'accouchement par voie basse (présentation transversale, placenta prævia, présentation du front), toute cicatrice corporeale, et une anamnèse de plus de 2 césariennes antérieures [3].

La survenue d'une grossesse sur un utérus cicatriciel se caractérise par son incidence élevée, ses complications multiples, son taux important de morbidité et de mortalité materno-fœtale [4].

La conduite à tenir devant un utérus cicatriciel est l'un des sujets les plus débattus en obstétrique moderne, du fait de la croissance considérable des taux d'accouchements par césarienne [3, 5, 6].

Les progrès réalisés ces 2 dernières décennies dans la prise en charge des utérus cicatriciels grâce à une meilleure direction du travail, et la



généralisation des césariennes segmentaires ont rendu possible l'accouchement par voie basse chez les patientes antérieurement césarisées [3].

La révision utérine systématique a été motivée par les craintes d'une déhiscence ou d'une rupture utérine après accouchement par voie basse. Cette attitude est actuellement contestée à cause de sa faible utilité diagnostique, le risque traumatique et infectieux [7].

Dans une étude comparative entre la révision utérine systématique et la révision utérine réservée aux patientes symptomatiques, Perrotin [8] a trouvé que les toutes ruptures étaient symptomatiques et que les déhiscences diagnostiquées par la révision utérine n'avaient pas de traitement chirurgical. Il propose de réserver la révision utérine aux patientes symptomatiques afin d'affirmer le diagnostic ou lorsqu'il existe un haut risque de rupture. Cette mise au point doit nous permettre de n'envisager la révision utérine que pour les cas suspects.

La révision utérine faite sans anesthésie est douloureuse et faite sous anesthésie, elle expose aux risques de cette dernière qui ne sont pas négligeables dans nos pays Africains au Sud du Sahara.

Dans nos états la révision utérine est très souvent faite dans des conditions hors de toutes normes éthiques exposant la patiente et le praticien à des risques aux conséquences fâcheuses :

- Risque d'endométrite avec toutes ces complications souvent mortelles pour la patiente (septicémie).
- Risques de synéchies utérines à moyen et long terme (pour la patiente).
- Risque de contaminations du praticien par le VIH/SIDA, les hépatites B et C.

A la vue de tous ses risques et vue que la déhiscence de cicatrice à solution chirurgicale s'exprime le plus souvent cliniquement, nous avons alors initié ce travail pour apprécier le bien fondé de nos jours de cette révision utérine dans notre contexte environnemental.

Ainsi nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

## II. OBJECTIFS

### 1) Objectif général :

Etudier l'épreuve utérine au Centre de Santé de Référence de la Commune V.

### 2) Objectifs spécifiques :

- Déterminer la prévalence de l'épreuve utérine dans notre service,
- Déterminer les caractéristiques socio-démographiques des patientes,
- Déterminer le pronostic maternel et périnatal,
- Identifier les causes d'échec de l'épreuve utérine,
- Identifier les complications sans la révision utérine systématique,
- Formuler des recommandations.

### III. 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 per-hystéoscopiques sans effraction du myomètre [6].

L'utérus peut porter une ou plusieurs cicatrices.

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

Les césariennes peuvent être à l'origine de :

Soit une cicatrice transversale sur le segment inférieur (cicatrice segmentaire transversale) ;

Soit une cicatrice verticale sur le corps utérin avec extension plus ou moins.

Longue sur le segment inférieur ;

Soit une cicatrice mixte en forme de T inversé, c'est à dire transversale segmentaire et verticale corporéale.

Les myomectomies : ablation d'un ou de plusieurs fibromes.

Les plasties utérines : réparation des anomalies congénitales ou acquises de l'utérus.

**Les traumatismes de l'utérus :**

Par rupture utérine lors d'un accouchement sur utérus non cicatriciel ;

Par rupture utérine lors de manœuvres obstétricales intra-utérines (versions, extractions instrumentales) ;

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

Par perforation de l'utérus lors d'un curetage utérin ou d'autres interventions dans la cavité utérine (hystérocopie diagnostique ou opératoire, hystérocopie) ;

Rupture utérine lors d'un accident avec traumatisme abdominal direct; traumatisme utérin par un corps étranger lors d'une agression.

Dans notre étude nous n'avons pris en compte que les parturientes portant une ou plusieurs cicatrices de césarienne.

**2. Utérus gravide :****2.1. Les modifications anatomiques de l'utérus liées à la grossesse :**

[16, 17, 6]

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 gravide sont : le corps et le col entre lesquels se développe dans les derniers mois une portion propre à la gravidité, appelé le segment inférieur.

### 2.1.1. Le corps de l'utérus :

#### a) Anatomie macroscopique :

Sur le plan macroscopique on note :

- 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.

	Dimensions	
	Hauteur	Largeur
Utérus non gravide	6-8cm	4-5cm
A la fin du 3 <sup>ème</sup> mois	13cm	10cm
A la fin du 6 <sup>ème</sup> mois	24cm	16cm
A terme	32	22cm

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

La capacité de 2 à 3 ml pour l'utérus non gravide passe à 4-5 litres pour l'utérus à terme.

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

- La consistance de l'utérus non gravide est ferme. Pendant la grossesse l'utérus se ramollit.

- La position pelvienne pendant les premières semaines de la grossesse change progressivement. Le fonds utérin déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du 2<sup>e</sup> mois, puis l'utérus se développe dans l'abdomen pour

atteindre, à terme, l'appendice xiphoïde.

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

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

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

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

- Les rapports de l'utérus au début de la grossesse sont les mêmes qu'en dehors de celle-ci. A terme, l'utérus est abdominal. Ainsi :

- 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 fonds utérin soulève le côlon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut entrer en rapport avec les fausses côtes.

A droite, il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire ;

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

Le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et en arrière

au côlon descendant.

**b) Structure :**

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

La musculéuse :

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

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

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

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

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

La muqueuse :

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



Une couche superficielle qui sera caduque,

Une couche profonde et spongieuse qui servira après l'accouchement à la régénération de la muqueuse.

### **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. Sa minceur, sa moindre richesse en vaisseaux sanguins, en font une région de choix non seulement pour l'incision au cours des césariennes, mais encore pour les ruptures utérines.

#### **a) Anatomie macroscopique :**

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

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

**Caractères :** son caractère essentiel est sa minceur de 2 à 4mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation (réalisé 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.

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

Limites : la limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, bien visible après l'hystérotomie lors de l'opération césarienne pratiquée avant le travail. La limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi, qui augmente assez brusquement en devenant corporeale. Cet épaississement donne l'impression d'un anneau musculaire, surtout au moment de la contraction et plus encore après l'expulsion du fœtus.

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

Rapports :

En avant : Le segment inférieur est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décollable, alors qu'il adhère au corps. Cette disposition permet de réaliser une bonne protection péritonéale de la cicatrice utérine dans la césarienne segmentaire.

Le péritoine, après avoir formé le cul-de-sac vésico-utérin, tapisse la face postéro-supérieure de la vessie, puis devient pariétale, doublant la paroi abdominale antérieure.

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

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

utérus cicatriciel.

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

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

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

Structure : le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques, en rapport avec son extensibilité.

La musculature est mince, faite d'une quinzaine de couches musculaires.

On note l'existence du fascia pré-segmentaire qui est une lame fibreuse, solide d'aspect nacré, bien apparente sous le péritoine pré segmentaire. Il est solidaire de la musculature de laquelle sa dissociation est hémorragique.

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.

Applications pratiques :

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

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

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

La solidité de la cicatrice segmentaire de césarienne est liée principalement à la suture simultanée du fascia pré-segmentaire et de la musculature en un plan. En effet, le fascia soulage la musculature des tiraillements dus aux contractions utérines.

### **2.1.3. Le col de l'utérus :**

Le col se modifie peu pendant la grossesse.

#### Anatomie macroscopique :

Son volume et sa forme ne changent pas.

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

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

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

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

Structure : le col est formé essentiellement de tissu conjonctif qui est composé de fibres de collagène et d'une substance fondamentale.

La cohésion des fibres de collagène assure au col sa rigidité et l'empêche de se dilater.

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

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

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

## **2.2. Vascularisation de l'utérus gravide : [17]**

### **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 corporéale. Dans l'épaisseur du corps, elles parcourent les anneaux musculaires de la couche plexiforme, deviennent rectilignes, s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire. Le col est irrigué par les cervico-vaginales qui bifurquent pour donner deux branches : une branche antérieure et une branche postérieure avant de pénétrer dans son épaisseur. Cette disposition permet la dilatation du col.

**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 plexiforme.

Après la délivrance, les branches corporeales 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 les réseaux : muqueux, musculaire et sous-séreux.

## **2.3. Innervation de l'utérus gravide : [17]**

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-pelvien.

### **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 mais aussi rectum et vessie. Ces plexus proviennent :

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

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

remontent le long des utéro-sacrés vers le pré-sacré.

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

#### **2.4. Physiologie de l'utérus gravide : [17, 18]**

Physiologie de la fibre musculaire lisse :

La contraction de la fibre utérine résulte d'un raccourcissement des chaînes de protéines contractiles (actomyosine) grâce à l'énergie libérée par l'adénosine triphosphate, en présence d'ions (Na, K, Ca).

La teneur en actomyosine et le rapport actomyosine-myosine augmente au cours de la grossesse et cette évolution, déterminée par l'influence des oestrogènes, rapproche à la fin de la grossesse la fibre utérine de la fibre musculaire striée. La concentration en actomyosine est plus élevée dans la région corporeale que dans le segment inférieur.

Pendant la grossesse :

Pendant les trente premières semaines de la grossesse, l'utérus est quiescent et l'activité utérine reste inférieure à 20 UM (Unité Montévidéo).

De la trentième à la trente septième semaine, des contractions utérines plus amples peuvent survenir pouvant atteindre 50 UM. Leur fréquence ne dépasse pas une par heure.

##### **2.4.1. Modifications du col :**

Pendant la première moitié de la grossesse, le col est violacé et vasculaire mais reste fermé et conserve sa forme et sa taille.

Durant la deuxième moitié de la gestation, le col devient plus souple et s'hypertrophie. Sa position et sa direction ne changent qu'à la fin de la grossesse. Quelques jours avant le début du travail, le col devient mou court, centré. Il s'agit de la maturation du col qui est due aux changements du tissu conjonctif du stroma cervical, indépendamment des contractions

utérines.

#### **2.4.2. Formation du segment inférieur :**

Elle se fait grâce à des contractions utérines irrégulières appelées contractions de Braxton-Hicks. Après le cinquième mois de grossesse, les mouvements entre les couches musculaires entraînent la formation d'un segment isthmique mince ou segment inférieur. L'ampliation du segment inférieur se produit en fin de grossesse chez la primipare, en début de travail chez la multipare.

Au cours du travail d'accouchement :

L'activité utérine du travail doit être distinguée de celle de la grossesse. Une fois

commencé, le travail est caractérisé par l'apparition de contractions utérines ayant acquis des caractères particuliers. Les contractions sont involontaires, intermittentes et rythmées, progressives dans leur durée, totales et douloureuses. Elles ont pour effet essentiel d'ouvrir l'utérus, puis de pousser le fœtus vers le bas, hors des voies génitales.

#### **2.4.3. Effets sur l'utérus :**

a) Effacement du col : le col qui a gardé tout ou partie de sa longueur jusqu'à la fin de la grossesse, se raccourcit progressivement. A la fin de l'effacement, le col est incorporé au segment inférieur, réduit à son orifice externe, de sorte que le doigt ne perçoit plus de saillie cervicale, mais seulement le dôme régulier du segment inférieur, percé au centre d'un orifice de 1 cm de diamètre, à bord régulier.

b) Dilatation du col : le col effacé s'ouvre peu à peu circulairement à la façon d'un diaphragme de Photographie. Chez la primipare, la dilatation suit l'effacement de 1 à 10 cm en trois phases : initiale ou d'accélération, décélération et expulsion. Chez la multipare, l'effacement et la dilatation sont



simultanés. La dilatation peut même précéder le travail.

c) Effets sur le pôle inférieur de l'œuf :

Le clivage des membranes à la partie inférieure de l'œuf s'opère sous les effets de la contraction utérine. Les membranes (amnios et chorion), tendues par le liquide amniotique en regard de l'aire de dilatation, font saillie plus ou moins marquée, presque nulle dans l'eutocie parfaite, importante lorsque l'accommodation est mauvaise.

En général pendant le travail, dans la présentation du sommet, on observe après la rupture des membranes une accélération de la dilatation.

d) Effets sur le mobile foetal :

La contraction a pour effet de pousser le fœtus vers le bas et lui faire franchir les étages de la filière pelvienne. La présentation procède, à chaque étage, par accommodations successives.

La traversée de la filière comprend trois temps :

L'engagement qui est le franchissement du détroit supérieur,

La descente qui s'accompagne de rotation,

Le dégagement qui est le franchissement du détroit inférieur.

Ces mécanismes se répètent pour chaque segment du mobile foetal : tête, épaules, siège ou inversement.

**2.4.4. Délivrance :**

Elle consiste en l'expulsion du placenta et des membranes, et évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine :

Décollement du placenta préparé par la rétraction utérine et provoquée par les contractions utérines ;

Expulsion du placenta se faisant sous l'influence des contractions utérines et son propre poids ;

Hémostase assurée d'une part par la rétraction utérine à cause de laquelle

les vaisseaux sont étreints et obturé par les anneaux musculaires de la couche plexiforme, et d'autre part par la coagulation sanguine appelée thrombose physiologique.

### **3. LA cicatrice utérine :**

#### **3.1. Etat de la cicatrice : [19]**

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

#### **3.2. Etiologies : [6, 20]**

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

##### **3.2.1. Interventions chirurgicales :**

###### **a) Obstétricales :**

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

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

Dans l'hystérotomie segmentaire, la qualité de la cicatrice tient pour beaucoup à la bonne exécution de la suture. En raison de la disposition lamellaire des plans du segment inférieur, surtout dans l'incision transversale, on doit prendre le soin de charger avec l'aiguille, de chaque côté, la totalité de l'épaisseur des tranches. Un plan unique est préférable à la superposition des sutures qui crée des récessus propices aux rétentions. Les désunions de cicatrice segmentaire se font dans un contexte différent des ruptures utérines vraies et passent souvent inaperçues.

Curetages : Les perforations utérines lors des curetages pour avortement spontané, interruption médicale de la grossesse (IMG), interruption volontaire de la grossesse (IVG) posent un problème de définition. Mais le fait qu'elles aient été retrouvées parmi les étiologies de ruptures utérines recommande une vigilance toute particulière à observer lors d'un accouchement par voie basse sur utérus fragilisé.

#### **b) Gynécologiques :**

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

Myomectomies : Pour beaucoup la non ouverture de la cavité est un critère de solidité. A l'inverse, d'autres pensent que l'ouverture de la cavité lors d'une importante myomectomie interstitielle ou sous-muqueuse permet d'assurer un meilleur drainage de la loge de myomectomie qui aura, par ailleurs, été méticuleusement capitonnée.

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. Enfin on tiendra compte de la complexité de l'hystéroplastie secondaire qui a été nécessaire.

### Hystéroplasties :

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

Intervention de Bret-Palmer (France 1959) encore appelée intervention de Tompkins (USA 1962) : il s'agit d'une technique abdominale très ingénieuse de section de la cloison sans résection du myomètre ni même résection de l'étoffe de la cloison. Actuellement, elle se pratique surtout par voie endoscopique.

Les résultats excellents de cette opération, tant sur le taux de grossesse que sur la qualité de la cavité utérine et du myomètre, ont transformé le pronostic de l'affection. Ces méthodes ne contre-indiquent pas la voie basse ; et actuellement dans les centres bien équipés, la chirurgie per-hystéroscopique tend à réduire considérablement leur fréquence assurant ainsi une parfaite intégrité du myomètre.

### Réimplantations tubaires et salpingectomies :

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

ou dans le moignon interstitiel restant.

### **3.2.2. Accident au cours du travail : Ruptures utérines.**

Elles sont soit spontanées soit provoquées.

#### **Ruptures spontanées :**

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

#### **Ruptures provoquées :**

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

### **3.2.3. Traumatismes :**

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

## **3.3. Complications : [6]**

### **3.3.1. Ruptures utérines :**

La rupture utérine correspond anatomiquement à une solution de continuité intéressant la totalité de la paroi utérine (muqueuse, musculuse et séreuse). On distingue des ruptures utérines incomplètes sous séreuses, encore appelées déhiscences et des ruptures utérines complètes correspondent à une désunion des deux berges de la cicatrice entraînant une déchirure des trois tuniques.

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.

#### Placenta prævia :

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

Ces placentas prævia sont localisés le plus souvent sur la face antérieure de l'utérus.

Un placenta prævia antérieur sur un utérus cicatriciel est une indication de césarienne itérative systématique avant tout travail.

### **3.4. Diagnostic des différentes complications : [6, 17]**

#### **3.4.1. 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 corporéale. Les ruptures utérines des utérus porteurs de cicatrice se caractérisent par leur allure sournoise ; d'où l'intérêt d'une anamnèse minutieuse. Les désunions d'une cicatrice de césarienne antérieure en sont l'étiologie principale. Elles peuvent aussi avoir pour cause une ancienne perforation utérine, une rupture cervico-segmentaire ancienne méconnue. Leur symptomatologie est variée mais le plus souvent discrète.

Le plus souvent la symptomatologie est peu significative. L'existence d'une

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

Parfois c'est le tableau d'une altération progressive de l'état général, car ces désunions de blessures anciennes saignent peu et ne sont pas douloureuses, d'autant plus que la douleur peut être masquée par une anesthésie péridurale. L'altération du faciès, la pâleur, les tendances syncopales, le refroidissement, l'accélération du pouls, la chute tensionnelle, la remontée de la présentation qui cesse d'être accommodée au détroit supérieur, sont les signes principaux. Ils s'accompagnent de modifications, voire de la disparition des bruits du cœur fœtal. Ce tableau de choc peut s'observer à n'importe quel moment du travail.

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

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

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

### **3.4.2. Rupture utérine et placenta acréta :**

La patiente présente un long passé de douleurs abdominales ayant évolué par poussé 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.

En résumé : le diagnostic est facile dans les cas où il s'impose par son évidence :

- Après une révision utérine.
- Après une manœuvre qui, laborieuse au début, devient brusquement facile.
- Lorsque tous les signes cliniques sont réunis : choc hémorragique, bruit du cœur foetal négatif, foetus sous la peau.

Au contraire, il devient parfois problématique en cas :

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

## **4. Conduite à tenir lors d'un nouvel accouchement : [17, 18]**

La conduite de l'accouchement sur utérus cicatriciel s'appelle épreuve utérine. Elle expose aux risques de rupture utérine avec ses conséquences foetales (souffrance foetale aiguë, mort in utero) et maternelles (hémorragie, hystérectomie). Grâce à une sélection correcte des patientes et à une



surveillance rigoureuse de l'épreuve, le taux de rupture utérine est d'environ 1% sans retentissement foetal.

On doit d'abord évaluer les possibilités d'accouchement par voie basse, puis penser aux règles à observer :

L'accouchement par voie basse ou du moins sa tentative se prévoit et se prépare.

Alors même qu'il a été jugé possible, une césarienne peut encore être décidée au cours du travail pour anomalies contractiles avec arrêt de progression de la dilatation, défaut d'engagement, souffrance foetale ou en raison de l'apparition de signes pouvant faire redouter une rupture : endolorissement permanent, douleurs provoquées dans la région sus pubienne, pertes de sang, etc.

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

L'accouchement doit se dérouler en milieu chirurgical,

La femme informée doit arriver dès le début du travail,

L'état du foetus doit être contrôlé en permanence par l'enregistrement de son rythme cardiaque, le déclenchement du travail est en principe contre indiqué chez la femme déjà césarisée. Cependant, lorsque les conditions locales sont extrêmement favorables, il peut être envisagé avec prudence.

L'analgésie péridurale bien conduite est possible.

Pour l'expulsion, on fait recours fréquemment au forceps.

Une révision utérine vérifie la paroi utérine après l'accouchement.

La césarienne itérative :

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 compliquées d'infection liée à une endométrite (fièvre élevée et persistante, suppuration, lochies fétides, rejet de débris sphacéliques). Pour la grossesse en cours, si le placenta est bas inséré ou inséré sur la cicatrice antérieure, une césarienne de principe sera faite. Il en est de même lorsqu'une présentation du siège ayant motivé la première césarienne est à nouveau constaté lors de la grossesse suivante. De toute façon une césarienne de principe sera effectuée si les moyens de surveillance sont insuffisants, ou si les garanties de sécurité ne sont pas réunies.

La césarienne itérative et stérilisation : Lors de la césarienne itérative l'état du pelvis et de l'abdomen est très variable. Le plus souvent la nouvelle opération n'est pas plus difficile que la précédente. Les accoucheurs estiment souvent qu'après la 3ème césarienne, ils sont en droit de stériliser la femme qui, presque toujours le demande elle même. La stérilisation repose sur des raisons médicales : état local de l'utérus trois fois sectionné, danger d'une rupture utérine ultérieure, fatigue, désir légitime de s'en tenir là.

En droit, le consentement ne suffit pas pour permettre une atteinte de l'intégrité du corps de la femme, s'il n'y a pas une raison médicale. La femme, même ayant consenti, peut être la première à faire le reproche si par exemple son enfant vient à succomber, ou si elle se remarie.

## **4.1. La césarienne prophylactique : [18]**

### **4.1.1 Les indications :**

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

#### **a) Les rétrécissements pelviens :**

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

#### **b) La cicatrice utérine :**

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

- cicatrices corporéales ou de cicatrices segmentaires avec trait de refend corporéal,
- cicatrices des mini-césariennes pour interruption tardives de grossesse ou, perforations utérines d'IVG, compliquées d'infection : fièvre élevée et persistante, suppuration, lochies fétides, rejet de débris sphacéliques ;
- cicatrices utérines multiples,
- cicatrice de césarienne sur un utérus mal formé,
- cicatrice de la classe IV de Poitevin, c'est à dire dont le diverticule mesuré sur l'hystérographie fait plus de 6mm où présente un trajet fistuleux.
- Patientes ayant eu une complication infectieuse pelvienne prouvée à

l'issue de la césarienne antérieure.

- Cicatrices utérines dont on ignore l'indication, la technique de réalisation, les suites, surtout si elles ont été réalisées dans un pays où la densité médicale est faible.

**c) La grossesse actuelle :**

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

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

Particularités techniques de la césarienne :

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

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

La question de stérilisation tubaire doit toujours être abordée avec la patiente et son conjoint lorsqu'on réalise une 2ème et surtout une 3ème césarienne. L'état de la cicatrice, la découverte d'une pré rupture ou d'importantes adhérences doit faire poser une indication médicale de stérilisation ; mais bien entendu on sera plus à l'aise si on a le consentement écrit de la patiente.

## **4.2. L'épreuve utérine :**

### **4.2.1. 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.

#### **a) 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 : [6]

Une césarienne antérieure purement segmentaire avec des suites opératoires simples,

L'absence de malformation utérine,

L'absence de pathologie maternelle contre-indiquant la voie basse,

une confrontation fœto-pelvienne favorable,

L'absence de surdistension utérine notable (hydramnios, grossesses multiples),

Une présentation du sommet,

Un placenta non inséré sur la cicatrice,

L'absence de dystocie surajoutée,

Un centre obstétrical avec une infrastructure adaptée et une équipe obstétricale qualifiée,

L'accord de la patiente ; bien que cela consiste à informer plutôt qu'à prendre l'avis de la patiente.

#### **b) Les cas limites : [18]**

La constatation d'un rétrécissement pelvien modéré est fréquente. Elle ne doit pas être 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).

### **c) Déclenchement et utérus cicatriciel : [18]**

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 jugés favorables (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 d'oxytocine ne dépassent pas dans ces conditions 10 mU/min.

## **4.2.2. Conduite de l'épreuve utérine : [16]**

### **a) Les éléments de surveillance :**

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. La modification brutale de l'activité utérine doit immédiatement faire penser à une rupture utérine.

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.

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,
- un saignement vaginal,
- une hypocinésie avec stagnation de la dilatation alors que les contractions étaient régulières, 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.

#### **b) 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 tocographie interne. En l'absence de cette technologie, le diagnostic peut parfois passer inaperçu et la prescription d'ocytocique est interdite car dangereuse ; on réalise alors une césarienne. La dystocie cervicale est diagnostiquée devant une stagnation de la dilatation avec une activité utérine correcte. Le col est rigide, des antispasmodiques doivent être administrés et leur effet jugé rapidement. En cas de stagnation de la dilatation pendant deux heures ou de dilatation inférieure à 1cm par heure, il faut pratiquer une césarienne.

**c) 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.

**d) La révision utérine :**

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

**La rupture de la cicatrice :**

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

Le plus souvent, la suture de la brèche est possible après régularisation des bords de la brèche. On vérifie la vessie qui sera éventuellement suturée avec du fil résorbable. On discutera d'une ligature résection tubaire bilatérale.

**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. Les déhiscences étendues, admettant largement deux doigts doivent être suturées ce qui ne présente



généralement pas de difficulté.

## **5. Eléments de décision pour l'accouchement à venir : [17]**

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

### **5.1. Type de césarienne antérieure :**

- Toute césarienne corporéale antérieure est une indication de la césarienne itérative.

- Si la césarienne a été segmentaire. L'évaluation des chances de succès prendra 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 mais dangereuse quand celui-ci est déformé par une large sacculatation. Cet examen est de nos jours abandonné supplanté par l'échographie qui peut-être d'un apport important.

### **5.2. Indication de la césarienne antérieure :**

Elle demande parfois à être discutée. Pour les césariennes pratiquées pour dystocie osseuse ou disproportion fœto-pelvienne, 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 37SA le segment inférieur n'est pas formé et l'hystérotomie a dû s'effectuer verticalement, débordant en partie sur le corps de l'utérus. La durée du travail et le degré de dilatation au moment de la première césarienne doivent être pris en compte : une femme en travail avec un segment inférieur formé, et parvenue à un certain degré de dilatation se trouve dans des conditions bien plus favorables.

## **6. Classification des utérus cicatriciels :**

### **6.1. Classification hystérosalpingographique selon Thoulon : [6]**

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

- Groupe 1 : cicatrice invisible radiologiquement.
- Groupe 2 : déformation inférieure à 4mm.
- Groupe 3 : déformation profonde de 4 à 5mm 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.

## **6.2. Classification échographique selon Rozenberg : [6]**

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

- Groupe 1 : segment inférieur normal (supérieur à 3mm 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.

## IV. METHODOLOGIE

### 1. Cadre d'étude :

Notre étude a eu lieu dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Ce centre est situé dans une zone périphérique en pleine croissance démographique où les problèmes de santé sont préoccupants avec un nombre élevé de structures de santé (10 CSCom) qui s'y réfèrent.

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

- une unité grossesses à risque
- une Unité accouchement/suites de couches
- une unité de soins après avortement (SAA)
- une unité de néonatalogie
- une unité de CPN (Consultations prénatales)
- une unité de PF (Planning familial) et post natales
- une unité bloc opératoire
- une unité post opéré et salle de pansement
- une unité des urgences gynécologiques et obstétricales (salle XIV)
- une unité de consultation externe et de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V est dirigé par un professeur agrégé de gynécologie obstétrique. Il est assisté par deux gynécologues obstétriciens et DES de gynécologie obstétrique en stage rotatoire.

Il y a également les sages-femmes, les infirmières obstétriciennes, les étudiants faisant fonction d'internes, les chauffeurs d'ambulance et les manoeuvres.

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

- un gynécologue obstétricien
- un DES en gynéco-obstétrique
- cinq étudiants en médecine Faisant Fonction d'Interne (FFI)
- deux sages femmes
- une aide soignante
- un infirmier anesthésiste
- un technicien de laboratoire
- un (e) caissier (e)
- un chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les centres hospitaliers universitaires (CHUPG, CHUGT) et le centre national de transfusion sanguine (CNTS) et les CSCOM de la commune.
- deux garçons de salle assurant la propreté permanente du service.
- un staff quotidien a lieu tous les jours à 8H15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés dans les 24 heures durant la garde.

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

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque mercredi après le staff. Le personnel bénéficie du télé enseignement les jeudis à partir de 9h sur le RAFT (Réseau Afrique Francophone de Télé médecine).

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

- quatre tables d'accouchement
- deux salles d'opérations fonctionnelles
- un dépôt de sang
- une ambulance

- des kits de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales
- des kits de césariennes gratuites.

## **2. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude prospective descriptive transversale.

## **3. Période d'étude :**

L'étude s'est étendue sur une période de 6 mois, allant du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2009.

## **4. Population d'étude :**

Notre étude a porté sur tous les accouchements enregistrés dans le service pendant la période d'étude.

## **5. Echantillonnage :**

### **a) Taille de l'échantillon :**

Sur un total de 3709 accouchements, 329 portaient au moins une cicatrice utérine de césarienne.

Parmi ces 329 patientes, 73 portaient une indication de césarienne itérative ; donc l'épreuve utérine n'a été réalisée que chez 256 patientes avec une réussite chez 127 patientes.

### **b) Critères d'inclusion :**

Ont été incluses dans cette étude toutes les patientes porteuses d'une seule cicatrice utérine de césarienne, dont les conditions obstétricales n'imposent pas à la césarienne d'emblée et chez qui l'accouchement par voie basse a été tenté.

### **c) Critères de non inclusion :**

N'ont pas été incluses dans cette étude toutes les patientes portant :

- un utérus cicatriciel avec indication de césarienne itérative (utérus pluricicatriciel, bassin généralement rétréci).

- Antécédent d'hystérorraphie pour rupture utérine.
- Présentation dystocique sur utérus cicatriciel.
- Utérus cicatriciel avec souffrance fœtale aigue à l'admission.
- Accouchement à domicile sur utérus cicatriciel.
- Les patientes avec cicatrice autres, que césarienne (myomectomie etc.).

## **6. Variables étudiées :**

Les variables suivantes ont été étudiées :

- L'âge,
- La profession de la parturiente,
- Le statut matrimonial,
- La profession du procréateur,
- Le niveau d'instruction,
- CPN,
- L'indication de la césarienne antérieure,
- La phase du travail d'accouchement,
- Les paramètres obstétricaux,
- La voie d'accouchement,
- L'état du nouveau-né,
- Le poids du nouveau-né,
- Les suites des couches immédiates.

## **7. Déroulement pratique de l'étude :**

Si la voie basse est acceptable immédiatement nous commençons la surveillance du travail à l'aide d'un partographe.

Nous procédions à un examen obstétrical régulier dont les résultats sont portés sur le partographe (partogramme) :

En cas de dystocie dynamique et que la dilatation cervicale le permet ( $\geq 4$  cm) nous faisons une rupture artificielle des membranes dans le souci de renforcer des contractions utérines.

La perfusion d'oxytocine sur utérus cicatriciel n'est pas autorisée dans notre service pendant le travail.

Pendant la phase expulsive nous procédions souvent à une extraction instrumentale par ventouse.

Après l'expulsion du fœtus nous procédions à la GATPA (Gestion Active de la Troisième Période d'Accouchement) qui comprenait trois étapes clés :

- Injection de 10 UI d'oxytocine en IM (Intra Musculaire) après l'expulsion du fœtus.
- Traction contrôlée sur le cordon et une contre pression sur le fond utérin lors d'une contraction utérine.
- Massage utérin.

Après la délivrance la révision utérine n'est pas systématique.

Quelques indications de la révision utérine après accouchement sur utérus cicatriciel dans notre service :

- Placenta et/ou membrane incomplet à l'examen du délivre ;
- Hémorragie du post-partum persistante malgré un traitement adéquat ;
- Choc maternel inexpliqué.

Après l'accouchement la patiente bénéficie 10-30 UI d'oxytocine pour prévention de l'hémorragie du post-partum.

Ensuite la patiente bénéficie d'une surveillance dont les paramètres sont :

Le pouls, la tension artérielle, la diurèse, le cycle respiratoire, la température, l'état de conscience, l'état des muqueuses, le saignement vulvaire, **le globe utérin.**



Rythme de surveillance des paramètres :

- Toutes les 15 minutes les deux premières heures.
- Toutes les 30 minutes pendant une heure (3<sup>ème</sup> heure).
- Toutes les heures, les 3 heures suivantes (4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> heures).

Durée moyenne de la surveillance = 6 heures.

Cette surveillance implique aussi le nouveau-né.

A la sortie l'accouchée bénéficie d'un traitement antibiotique, fer acide folique, moustiquaire imprégnée, antiseptique pour les soins du périnée ;

Le nouveau-né bénéficie de la vitamine K1 et d'antibiotique collyre pour les yeux.

La patiente est revue 6 à 8 semaines du post-partum et à 6 mois pour apprécier normalement la qualité de la cicatrice utérine.

Nous avons effectué la révision utérine chez une seule patiente ayant accouchée par voie basse dans un contexte d'hémorragie du post-partum.

## **8. Supports des données :**

Les documents suivants ont été servis de supports des données :

- Registre d'accouchement ;
- Registre de césarienne ;
- Dossiers obstétricaux ;
- Registre de référence/évacuation ;
- Registre de compte rendu opératoire ;
- Registre de transfert de nouveau-nés ;
- Registre de décès périnatal ;
- Registre d'anesthésie.

## **9. Traitement et analyse des données :**

Tests statistiques khi2 de student ont été utilisés.

Le seuil significatif a été fixé à  $p < 5\%$ .

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi info Version 6.

## **10. Définitions opératoires :**

- **Accouchement** : C'est l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales après 28 SA.
- **Utérus cicatriciel** : C'est un utérus porteur en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, d'une ou de plusieurs cicatrices myométriales à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme.
- **Epreuve utérine** : C'est un essai d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel.
- **Gestité** : c'est le nombre de grossesse
- **Paucigeste** : c'est une femme qui a contracté entre 2 à 3 grossesses
- **Multigeste** : c'est une femme qui a contracté entre 4 à 5 grossesses
- **Grande multigeste** : lorsque le nombre de grossesse est  $\geq 6$
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement
- **Paucipare** : c'est une femme qui a accouché 2 à 3 fois
- **Multipare** : c'est une femme qui a accouché entre 4 à 5 fois
- **Grande multipare** : lorsque le nombre d'accouchement est  $\geq 6$
- **Evacuation** : mécanisme par lequel une formation sanitaire adresse dans un contexte d'urgence un patient vers une structure plus spécialisée et mieux équipée.
- **Auto référence** : patient venu de lui-même du domicile sans être orienter.
- **Césarienne** : réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus.

## V. RESULTATS

### 1) Les difficultés de l'étude ont été :

- La non disponibilité du compte rendu opératoire de la première césarienne et des suites post opératoires.
- L'absence d'information sur la qualité de la cicatrice utérine (hystérogaphie et l'échographie).
- L'absence de cardiotocographe en salle de travail

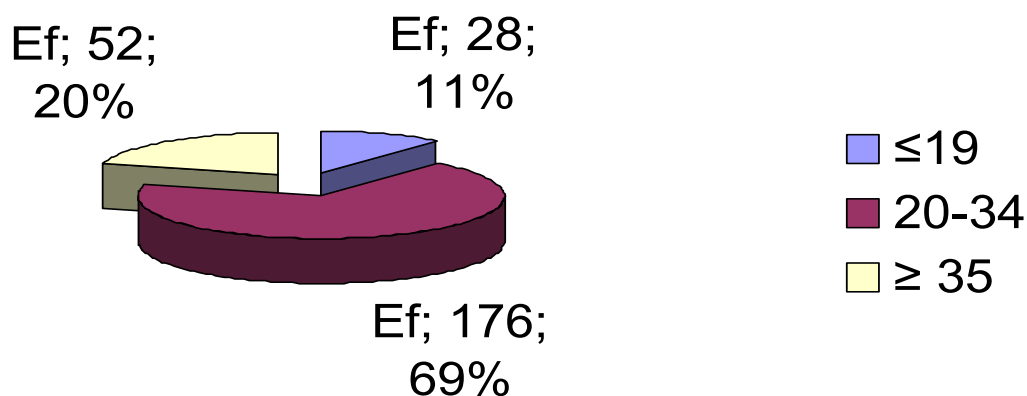
### 2) Prévalence :

- Durant la période d'étude, 3709 accouchements ont été enregistrés dont 329 cas d'utérus uni ou pluricicatriciels soit une prévalence de 8,8%.
- Sur les 329 parturientes, 73 portaient une indication de césarienne itérative soit 22,19%.
- L'épreuve utérine a été réalisée chez 256 parturientes (77,82%) avec une réussite chez 127 parturientes soit un taux de réussite de 49,61%.
- La révision utérine a été indiquée chez une seule patiente ayant accouchée par voie basse.

## I. Caractéristiques socio-démographiques des parturientes :

**Tableau I** : répartition des parturientes selon les tranches d'âge.

Age	Effectifs	Pourcentage
≤ 19	28	11
20-34	176	69
≥ 35	52	20
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>



**Age moyen** : 27,48 ans

**Age extrême** : 16-42 ans

**Figure 1** : répartition des parturientes selon les tranches d'âge.

**Tableau II : répartition des parturientes selon l'âge et la voie d'accouchement.**

Age	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Voie haute	
≤19	19 (36,53%)	33 (53,47%)	52
20-34	96 (54,54%)	80 (45,46%)	176
≥35	12 (42,86%)	16 (57,14%)	28
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>129</b>	<b>256</b>

**Khi2 = 5.78**

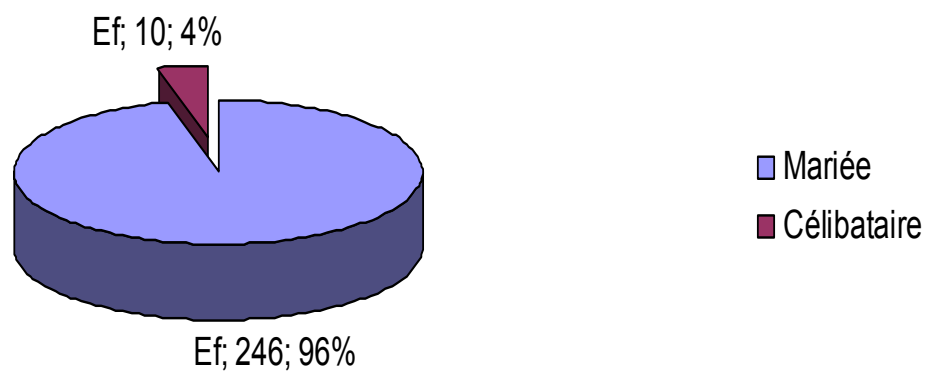
**P = 0,055578**

**DDL = 2**

Nous n'avons pas trouvé de relation entre l'âge et la voie d'accouchement car la différence n'est pas statistiquement significative.

**Tableau III** : répartition des parturientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Mariée	246	96
Célibataire	10	4
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

**Figure 2** : répartition des parturientes selon le statut matrimonial.

**Tableau IV** : répartition des parturientes selon le niveau d'instruction.

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Primaire	4	1,60
Secondaire	14	5,50
Supérieur	6	2,30
Non instruite	232	90,60
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

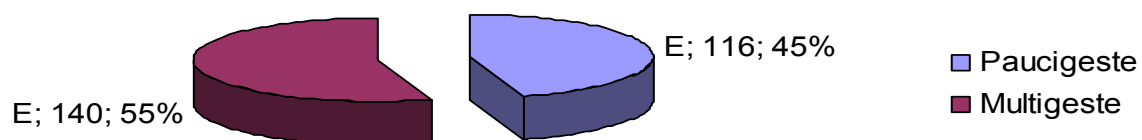
**Tableau V** : répartition des parturientes selon la profession.

<b>Profession</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Sans Profession	146	57
Commerçante/vendeuse	94	36,7
Médecin	4	1,6
Magistrat	4	1,6
Etudiante/élève	8	3,1
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

## II. Antécédents :

**Tableau VI** : répartition des parturientes selon la gestité.

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Paucigeste	116	54,69
Multigeste	140	45,31
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

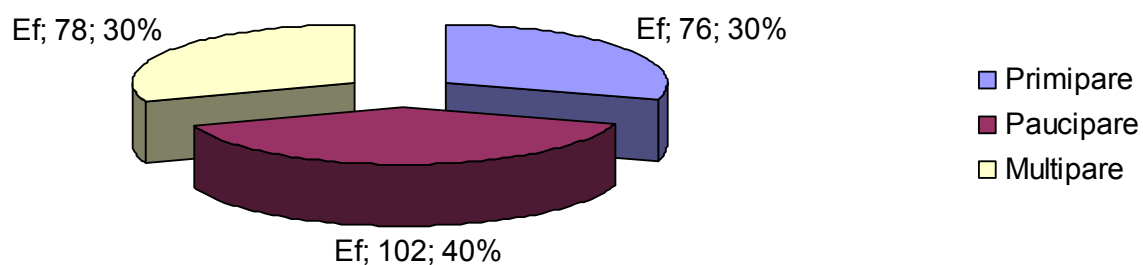


**Figure 3** : répartition des parturientes selon la gestité.



**Tableau VII** : répartition des parturientes selon la parité.

Parité	Effectifs	Pourcentage
Primipare	76	30
Paucipare	102	40
Multipare	78	30
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

**Figure 4** : répartition des parturientes selon la parité.

**Tableau VIII : répartition des parturientes selon la parité et la voie d'accouchement.**

Parité	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Voie haute	
Primipare	35 (46,05%)	41 (53,95%)	76
Paucipare	60 (58,82%)	42 (41,18%)	102
Multipare	32 (41,03%)	46 (58,07%)	78
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>129</b>	<b>256</b>

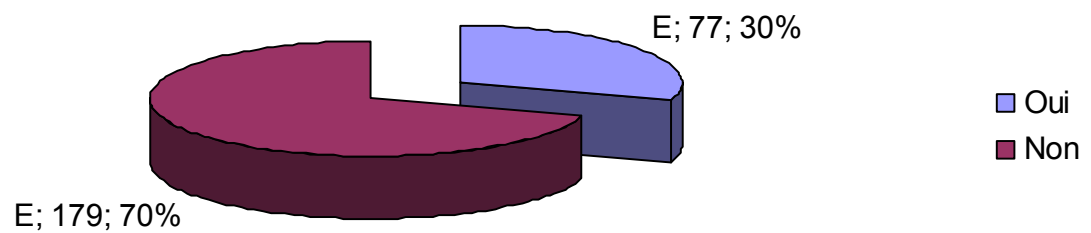
**Khi2 = 6.15**

**P = 0,046224**

La différence n'est pas statistiquement significative.

**Tableau IX** : répartition des parturientes selon la notion d'accouchement par voie basse sur la cicatrice utérine.

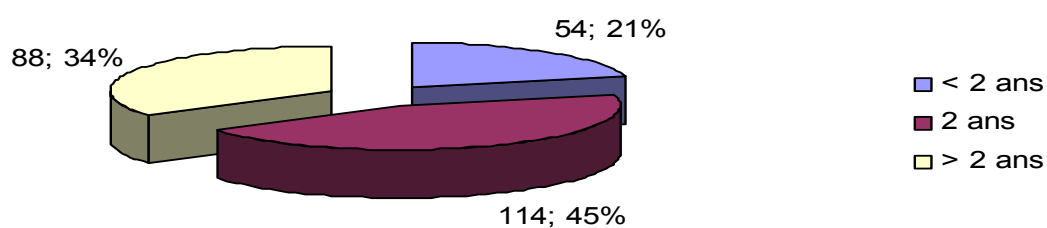
Notion d'accouchement par voie basse sur la cicatrice utérine	Effectifs	Pourcentage
Oui	77	30,1
Non	179	69,9
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>



**Figure 5** : Répartition des parturientes selon la notion d'accouchement par voie basse sur la cicatrice utérine.

**Tableau X** : répartition des parturientes selon l'Intervalle inter génésique.

Intervalle inter génésique	Effectifs	Pourcentage
< 2 ans	54	21
2 ans	114	45
> 2 ans	88	34
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

**Figure 6** : répartition des parturientes selon l'intervalle inter génésique.

Age extrême : 3 mois et 60 mois

Délai moyen intervalle inter génésique 31,5 mois

**Tableau XI** : répartition des parturientes selon l'indication de la césarienne antérieure.

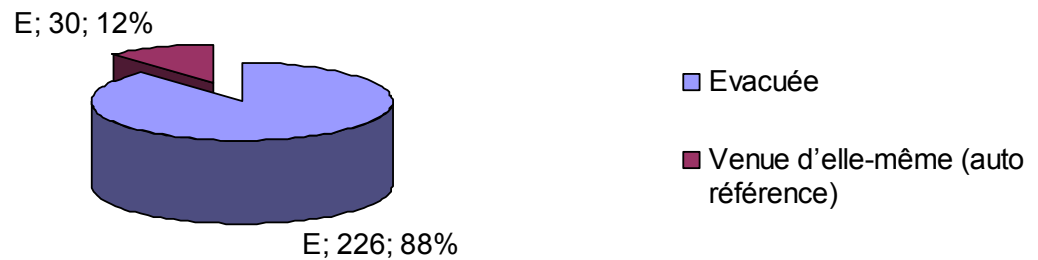
<b>L'indication de la césarienne</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Souffrance fœtale aigüe	26	10,20
Présentations dystociques	196	77,00
Présentation de siège chez une primipare	14	5,00
Procidence du cordon battant	4	1,56
Placenta praevia hémorragique	10	3,90
Hématome rétro placentaire	6	2,34
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

**NB** : présentations dystociques : présentation de l'épaule(78) ; présentation de la face en mento postérieur(62) ; présentation du front(56)

### III. Caractéristiques de la grossesse actuelle :

**Tableau XII** : répartition des parturientes selon le mode d'admission.

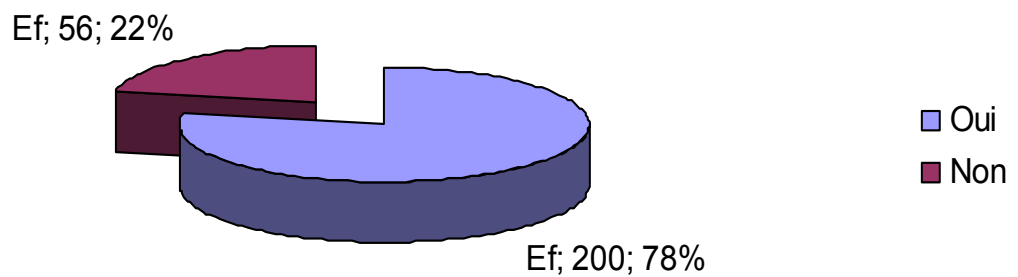
Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Evacuée	226	88
Venue d'elle-même (auto référence)	30	12
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>



**Figure 7** : Répartition des parturientes en fonction du mode d'admission.

**Tableau XIII** : répartition des parturientes selon la réalisation des CPN.

Réalisation des CPN	Effectifs	Pourcentage
Oui	200	78
Non	56	22
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

**Figure 8** : répartition des parturientes selon la réalisation des CPN.

**Tableau XIV** : répartition parturientes selon le lieu de consultation prénatale (CPN).

Lieu de CPN	Effectifs	Pourcentage
CSCOM	160	62,50
CSRéf CV	66	25,74
Structure médicale privée	26	10,20
Dispensaire	2	0,78
Consultations prénatales à domicile	2	0,78
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>



**Tableau XV** : répartition des parturientes selon l'auteur des consultations prénatales.

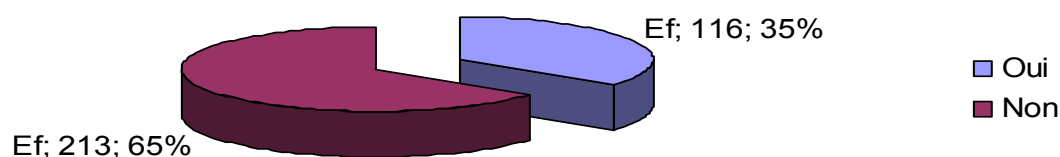
Auteurs des CPN	Effectifs	Pourcentage
Sage-femme	158	62
Médecin	90	35
Matrone	8	3
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>



**Figure 9** : répartition des parturientes selon l'auteur des consultations prénatales.

**Tableau XVI** : répartition des parturientes selon l'existence d'un document renseignant sur la dernière césarienne.

Existence d'un document renseignant sur la dernière césarienne	Effectifs	Pourcentage
Oui	116	35
Non	213	65
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100</b>



**Figure 10** : répartition des parturientes selon l'existence d'un document renseignant sur la dernière césarienne.

**Tableau XVII** : répartition des parturientes selon les renseignements fournis par le dit document.

<b>Renseignements fournis par le dit document</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Type de césarienne	87	26,4
Existence de trait de refend	0	0
Complications infectieuses	0	0
Aucun	242	73,6
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100</b>

**Tableau XVIII** : répartition des parturientes selon les paramètres obstétricaux.

Paramètres obstétricaux		Effectif	Pourcentage
Age gestationnel en SA	34 SA - 36SA+6j	3	1,1
	37SA - 41+6j	248	96,9
	≥ 42	5	2
	<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>
Hauteur utérine en cm	30-33	252	98,4
	34-35	4	1,6
	<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>
Présentation sommet		<b>256</b>	<b>100</b>
Engagement	Oui	87	34
	Non	169	66
	<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>
Bruits du cœur fœtal (bpm)	110-150	250	97,7
	151-160	6	2,3
	<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>
Phase du travail	Latence	148	57,8
	Active	87	34
	Expulsive	21	8,2
	<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>
Etat des membranes à l'entrée	Intactes	140	54,69
	Rompues	116	45,31
	<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>
Bassin normal	Cliniquement	249	97,3
	Cliniquement/Radio pelvimétrie	7	2,7
	<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

**Tableau XIX :** répartition des parturientes selon l'âge gestationnel et la voie d'accouchement.

Age gestationnel	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Voie haute	
34 SA - 36 SA + 6j	1 (33,33%)	2 (66,67%)	3
37 SA - 41 SA+ 6j	125 (50,40%)	123 (49,60%)	248
≥ 42 SA	1 (0,2%)	4 (0,8%)	5
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>129</b>	<b>256</b>

**Khi2 = 1.97**

**P = 0,372709**

La différence n'est pas statistiquement significative donc il n'existe pas de relation entre la voie d'accouchement et l'âge gestationnel.

**Tableau XX :** répartition des parturientes selon la phase du travail et la voie d'accouchement.

Phase du travail	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Voie haute	
Latence	21 (14,19%)	127 (85,81%)	148
Active	50 (57,47%)	37 (42,53%)	87
Expulsive	18 (85,71%)	3 (14,29%)	21
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>129</b>	<b>256</b>

**Khi2 = 52.33**

**P = 0,0000**

Les parturientes admises en phase de latence et en phase expulsive ont accouché par voie basse dans 85% des cas contre 42% des femmes qui sont admises en phase active avec une différence statistiquement significative donc il existe une relation entre la phase du travail et la voie d'accouchement.

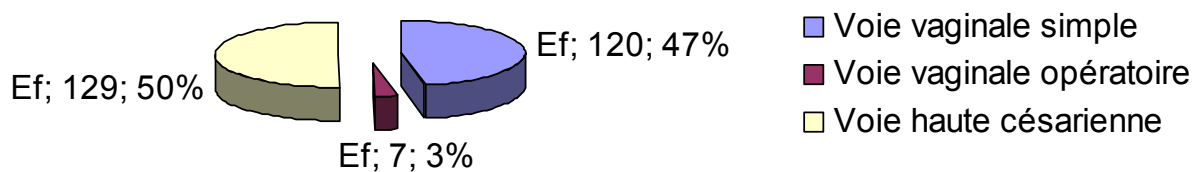
**Tableau XXI** : répartition des parturientes selon la marche du travail.

Marche du travail	Eff	%	Conduite à tenir	Résultats
Déroulement normal (membranes intactes ou rompues)	90	35,1	Surveillance	Accouchement normal n = 90
Dystocie dynamique membranes intactes (phase active)	100	39,1	Rupture artificielle des membranes	accouchement normal n= 37 (14,5%)
				Césarienne N=63 (26,6%)
Dystocie dynamique membranes rompues	47	18,3	Césarienne N = 47	
Syndrome de pré rupture utérine	3	1,2	Césarienne n = 3	
Souffrance fœtale aigue	16	6,3	Césarienne n = 16	

**NB** : les dystocies dynamiques étaient des hypocinésies de fréquence.

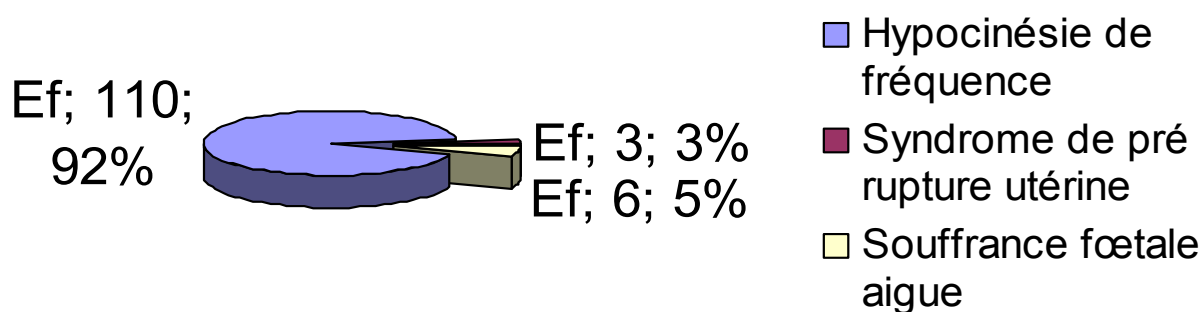
**Tableau XXII** : répartition des parturientes selon la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Voie vaginale simple	120	47
Voie vaginale opératoire	7	3
Voie haute césarienne	129	50
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

**Figure 11** : répartition des parturientes selon la voie d'accouchement.

**Tableau XXIII** : répartition des parturientes selon l'indication de césarienne.

Indication de césarienne	Effectifs	Pourcentage
Hypocinésie de fréquence	110	92
Syndrome de pré rupture utérine	3	3
Souffrance foétale aigue	6	5
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

**Figure 12** : répartition des parturientes selon l'indication de césarienne.



**Tableau XXIV** : répartition des parturientes selon conduite à tenir au moment de la délivrance (voie basse).

<b>Conduite à tenir au moment de la délivrance (voie basse)</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
GATPA	127	100
Délivrance artificielle	0	0
Révision utérine	0	0
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

**Tableau XXV** : répartition des parturientes selon les suites de couches immédiates (voie basse).

<b>Suites de couches immédiates (voie basse)</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Simple	126	99,2
Hémorragie du post-partum immédiat	01	0,8
Anormalement douloureuses	00	0,0
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

**NB** : Nous avons effectué une révision utérine chez une patiente ayant présenté une hémorragie du post partum immédiat.

Cette révision utérine a ramené des restes de cotylédons, mais, il n'y avait pas de déhiscence de l'ancienne cicatrice de césarienne.

**Tableau XXVI** : répartition des parturientes selon le score d'Apgar du nouveau né à la 1<sup>ère</sup> minute.

<b>Score d'Apgar du nouveau né à la 1<sup>ère</sup> minute</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
4 - 7	12	4,7
≥ 8	244	95,3
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

**Tableau XXVII** : répartition des parturientes selon le score d'Apgar du nouveau né à la 5<sup>ème</sup> minute.

<b>Score d'Apgar du nouveau né à la 5<sup>ème</sup> minutes</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
4 - 7	4	1,6
≥ 8	252	98,4
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

**Tableau XXVIII** : répartition des parturientes selon les poids des nouveaux nés en grammes.

<b>Poids des nouveaux nés en grammes</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
< 2500 gr	11	4,3
2500 – 3999 gr	244	95,3
≥ 4000 gr	1	0,4
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

Les Poids extrêmes ont été de 2000 – 4100 gr.

Les Poids moyens : 3050 gr.

**Tableau XXIX** : répartition des parturientes selon le poids foetal et la voie d'accouchement.

<b>Poids foetal</b>	<b>Voie d'accouchement</b>		<b>Total</b>
	<b>Voie basse</b>	<b>Voie haute</b>	
< 2500	8 (72,72%)	3 (27,28%)	11
2500 - 3999	119 (48,77%)	125 (51,23%)	244
≥ 4000	0 (00%)	1 (100%)	1
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>129</b>	<b>256</b>

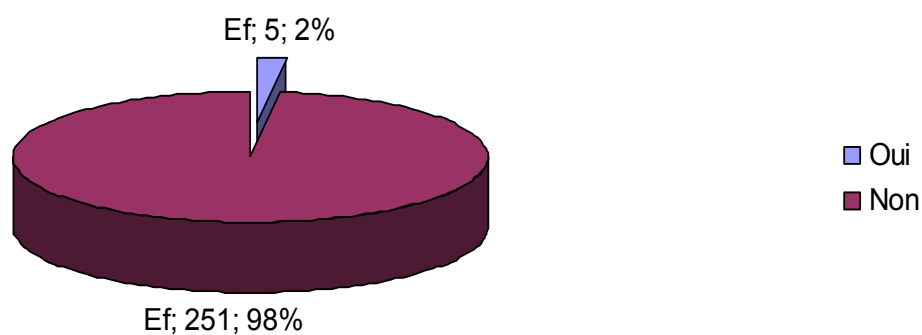
**Khi2 = 2.42**

**P = 0,120072**

La différence n'est pas statistiquement significative.

**Tableau XXX** : répartition selon le transfert des nouveau-nés en néonatalogie.

Transfert des nouveau-nés en néonatalogie	Effectifs	Pourcentage
Oui	5	2
Non	251	98
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>



**Figure 13** : répartition des parturientes selon le transfert des nouveaux nés en néonatalogie.

**Tableau XXXI** : répartition des parturientes selon le motif du transfert des nouveaux nés en néonatalogie.

<b>Motif du transfert des nouveau-nés en néonatalogie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Souffrance néonatale	4	1,60
Macrosomie	1	0,40
Prématurité	2	0,80
Hypotrophie	2	0,80
Non transférés	247	96,40
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

Parmi les 9 nouveau-nés transférés en néonatalogie, 2 nouveau-nés prématurés y sont décédés de détresse respiratoire à J2 et à J3 de vie extra utérine.

**Tableau XXXII** : répartition des parturientes selon les suites post opératoires (césarienne).

<b>Suites post opératoire (césarienne)</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Endométrite seule	2	1,5
Endométrite + suppuration pariétale	1	0,8
Suppuration pariétale seule	4	3,1
Aucune complication	122	94,6
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

Les complications ont été prises en charge par l'administration d'antibiotique et/ou associée aux soins locaux.

**Tableau XXXIII** : répartition des parturientes selon les suites maternelles et la voie d'accouchement.

Suites maternelles	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Voie haute	
Simple	126 (50,81%)	122 (49,19%)	248
HPPI	1 (100%)	00 (00%)	1
Endométrite seule	00 (00%)	2 (100%)	2
Endométrite + SP	00 (00%)	1 (100%)	1
SP seule	00 (00%)	4 (100%)	4
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>129</b>	<b>256</b>

**Khi2 = 0.27**

**P = 0,604079**

**HPPI** = Hémorragie du post-partum Immédiat

**SP**= Suppuration pariétale

La différence n'est pas significative.

**NB** : durant la période d'étude nous n'avons pas enregistré de décès maternel chez les patientes sur qui portait notre étude.

## VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 1. Prévalence :

La prévalence des accouchements dans les utérus cicatriciels a été de 8,8% pour un nombre total de 3709 accouchements dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Cette prévalence élevée s'explique par le fait que notre service est un service de référence recevant les patientes dans un contexte en général urgent.

**Tableau suivant compare notre taux à ceux rapportés par la littérature.**

Auteurs	Années	Pourcentages
Neuhaus [44]	2001 (Allemagne)	7,2
Myles [42]	2003 (Etats-Unis)	13,6
Koumaré [34]	2007 (Mali)	5

### 2. Caractéristiques socio-démographiques des parturientes :

**2.1. Age** : la tranche d'âge 20-34 a été la plus représentée avec 68,75%. L'âge moyen était de 27,48 ans avec des extrêmes de 16 et 42 ans. Koumaré [34] et Alihonou [12] ont trouvé respectivement. 26,65% et 30,92% dans leurs études.

Les parturientes non instruites ont été les plus représentées avec 90,6%. Bambara [16] a trouvé dans son étude 61,5%. Ce taux d'analphabétisme s'explique par le faible intérêt accordé par les parents à l'instruction des filles.

### 2.2. Statut matrimonial :

Les parturientes mariées ont été les plus représentées avec 96,1%. Ouattara [45] et Bâ [13] ont trouvé respectivement 98,5% et 96,4%.

### **3. Antécédents :**

#### **a) Parité :**

Les paucipares ont été les plus représentées avec 39,8%. Ouattara [45] et Bambara M [16] ont trouvé respectivement 70,5% et 60%.

#### **b) Intervalle intergénérisique :**

Nous avons enregistré 54 cas soit 21,1% des parturientes avec un intervalle intergénérisique inférieur à 2 ans.

Ce faible taux pour intervalle intergénérisique inférieur à 2 ans s'explique par la faible prévalence contraceptive dans le pays.

### **4. Caractéristique de la grossesse actuelle :**

#### **4.1. Mode d'admission :**

Nous avons enregistré 88,3% de parturientes évacuées. Ce fort taux est lié au fait que notre service est une structure de prise en charge de grossesse à risque.

#### **4.2. Consultations prénatales :**

Les parturientes n'ayant effectué aucune consultation prénatale ont représenté 21,9%. La surveillance de la grossesse demeure un important problème de santé dans les pays en développement. Cela malgré l'existence d'une cicatrice de césarienne Bâ [13] et Koumaré [34] ont trouvé respectivement 10,7% et 22,1%.

61,7% des parturientes étaient suivies par les sages-femmes.

### **5. Voie d'accouchement :**

#### **5.1. Epreuve utérine :**

L'épreuve utérine a été réalisée chez 256 parturientes (77,82%), avec une réussite chez 127 parturientes soit un taux de réussite de 49,61%.

Ouattara [45] ; Lansac [35] qui ont trouvé respectivement 41,8% et 74,5%.



**❖ Les facteurs prédictifs de succès de l'épreuve utérine :**

- L'antécédent d'accouchement par voie basse après la césarienne ;
- La perméabilité du bassin ;
- Dilatation du col à l'admission ; ( $\text{Khi}^2 = 52.33$  ,  $P = 0,000$ )
- L'engagement de la présentation en fin de grossesse.

**❖ La révision utérine :**

La révision utérine n'est plus systématique après l'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel dans notre service.

Dans notre série une seule accouchée a bénéficié de la révision utérine. Il s'agissait d'une hémorragie du post-partum immédiat.

Cette attitude est actuellement contestée à cause de sa faible utilité diagnostique, le risque traumatique et infectieuse [7].

Dans une étude comparative entre la révision utérine systématique et la révision utérine réservée aux patientes symptomatiques. Perrotin [8] a trouvé que toutes les ruptures étaient symptomatiques et que les déhiscences diagnostiquées par la révision utérine n'avaient pas nécessité de traitement chirurgical. Il propose de réserver la révision utérine aux patientes symptomatiques afin d'affirmer le diagnostic ou lorsqu'il existe un haut risque de rupture.

**5.2. Césarienne :**

La césarienne a été indiquée chez 129 parturientes soit 50,39% suite à l'échec de l'épreuve utérine. L'hypocinésie de fréquence a été la principale indication de l'échec de l'épreuve utérine avec 92% (110).

## **6. Pronostic maternel et néonatal :**

### **6.1. Etat maternel :**

#### **a) Mortalité maternelle :**

Nous n'avons enregistré aucun cas de décès maternel au cours de notre étude.

#### **b) Morbidité maternelle :**

Nous avons enregistré un cas d'hémorragie du post-partum survenue chez une accouchée par voie basse soit 0,8%.

Lokossou [38] et Koumaré [34] ont trouvé respectivement 0,3% et 2,6%.

### **6.2. Etat des nouveau-nés :**

**a) Le score d'Apgar :** était supérieur ou égal 8 chez 95,3% des nouveau-nés à la 1<sup>ère</sup> minute et 98,4% à la 5<sup>e</sup> minute. Bâ [13] et Cissé [2] ont trouvé respectivement 81,7% et 68,7%.

#### **b) Transfert des nouveau-nés :**

Le transfert en néonatalogie a concerné 9 nouveau-nés. Parmi les 9 nouveau-nés transférés, 2 prématurés sont décédés des suites de détresses respiratoires à J2 et J3 de vie extra utérine.

#### **c) Poids de naissance :**

95,3% des parturientes avaient un poids compris entre 2500-3999.

Sepou [49] et Ouattara [45] ont trouvé respectivement 82,4% et 85,7%.

## VII. CONCLUSION

Au terme de cette étude prospective. Il ressort que l'épreuve utérine est fréquente et le sera de plus en plus à cause de l'augmentation des indications de césarienne.

L'épreuve utérine a été réalisée chez 256 parturientes (77,82%) avec un taux de réussite de 49,61%.

La révision utérine a été effectuée chez une seule parturiente ayant accouchée par voie basse.

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel.

Deux nouveau-nés prématurés sont décédés en néonatalogie des suites de détresse respiratoire.

La révision utérine n'est pas indispensable dans tous les cas. Elle doit avoir des indications.

## VIII. RECOMMANDATIONS

Nous formulons au terme de notre étude les recommandations suivantes :

### **A l'intention des femmes :**

- Suivre régulièrement les consultations prénatales dès le début de la grossesse,
- Amener tout document médical pouvant apporter des informations utiles pour une prise en charge adéquate.

Honorer : les rendez-vous post opératoires.

### **A la communauté :**

- Participer aux campagnes de communication pour le changement favorable de comportement en faveur d'une meilleure surveillance des grossesses et la reconnaissance des signes de danger liés aux utérus cicatriciels,
- Scolariser les filles.

### **Aux autorités sanitaires :**

- Assurer la formation continue des agents de santé, notamment les sages-femmes,
- Assurer la formation de spécialistes en gynécologie obstétrique,
- Intensifier la promotion des activités de planification familiale,
- Octroyer au centre de santé de référence de la commune V un cardiotocographe.

**Au personnel de santé :**

- Renforcer les activités de sensibilisation des femmes sur les risques liés à la grossesse sur utérus cicatriciel,
- Remplir correctement les carnets de santé des femmes, les bulletins de sortie, les registres d'accouchement et de compte rendu opératoire,
- Référer à temps vers les centres de santé de référence et les hôpitaux toute gestante ayant un utérus cicatriciel.
- Revoir les femmes en post opératoire 6-8 semaines après en vue de les orienter vers une unité de planification familiale.
- Revoir les patientes opérées 6 mois après l'intervention pour la réalisation de l'hystérogaphie qui appréciera la qualité de cicatrice utérine.

## IX. REFERENCES

1. Segard L. Les utérus cicatriciels nécessitent ils toujours une attention particulière ? Gynécol. Obstet 1995 ; 337 : 3.
2. **Cisse CT, Ewagnignon E, Terolbe I.** Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. J Gynécol Biol Reprod 1999 ; 28 ; 6 : 556-562.
3. **Abbassi H, Aboufalah A, El Karroumi M, Bouhya S, Bekkay M.** Accouchement des utérus cicatriciels : peut-on élargir l'épreuve utérine? J Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1998; 27 : 425-429.
4. **Papiernick E, Cabrol D, Pons JC.** Obstétrique (Médecine- Sciences) Flammarion, 78 : 985-1004 et 92 : 1191- 1204.
5. **Aisien AO, Oronsaye AU.** Vaginal birth after one previous caesarean section in a tertiary institution in Nigeria. Obstet. Gynecol., 2004; 24 (8): 886-890.
6. **Greene MF.** Vaginal birth after cesarean revisited. N. Eng. J. Med., 2004, 325 (25): 2647-2649.
7. **D'Ercole C, Bretelle F, Piechon L, Shjai R, Boubli L.** la césarienne a-t-elle une indication en cas d'utérus cicatriciel ? J gynecol Obstet Biol reprod 2000 : 29 (2 suppl) : 51-67.
8. **Perrotin F, Marret H, Fignon A, Body G, Lansac J.** Utérus cicatriciel : la révision utérine systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement par voie vaginale est-elle toujours utile ? J Gynécol Obstét Biol Réprod 1999 ; 28 : 253-262.

9. **Abbassi H, EL Karroumi M, Aboufalah A, Bouhya S, Bekkay M.** Epreuve du travail sur utérus bicatriciel : étude prospective à propos de 130 cas. J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod., 1998; 27: 806-810.
10. **Adjahoto EO, Ekouevi DK, Hodonou KAS.** Facteurs prédictifs de l'issue d'une épreuve utérine en milieu sous-équipé. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2001 Apr; 30(2):174-9.
11. **AKotionganga M, Lankoandé J, Dipama A, Touré B, Dao B, Koné B.** L'accouchement sur utérus cicatriciel à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo : étude rétrospective à propos de 625 cas. Sci. et Tech. Vol. XXII (1) juillet - décembre 1995 janvier - juin 1996.
12. **Alihonou E, Lokossou A, Adisso S, Takpara I, Tégouété I, Adongnibo MO, et al.** Accouchement et utérus cicatriciel à Cotonou : Risques maternels, périnataux et pronostic. Journal de la SAGO, 2005, Vol 6, n°1, page 6-12.
13. **Bâ A.** Grossesse et accouchement sur utérus cicatriciel : à propos d'étude cas témoins. Thèse de médecine, Bamako, 2003 N°72.
14. **Baeta S, Tete VK, Ihou KA, Nyame AN, Akpadza KS.** Pronostic Obstétrical des gestantes porteuses de cicatrice de césarienne. A propos de 282 cas pris en charge au CHU de Lomé (Togo) congrès de la SAGO 2003.
15. **Bais JM, Van Der Borden DMR, Pel M, Bonsel GJ., Eskes M, Van Der Slinke HJW, et al.** Vaginal birth after caesarean section in a population with low overall caesarean rate. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 2001; 96 : 158-162.

- 16. Bambara M, Rouamba A, Yaro S, Ouattara H, Lankoandé J, Koné B.** Accouchement sur utérus cicatriciel. A propos de 120 cas à la maternité du CHU Sanou Souro de Bobo Dioulasso- Burkina Faso. Médecine d'Afrique Noire 2007-54(11) : 561- 568.
- 17. 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.
- 18. Boisselier P, Maghioracos P, Marpeau L.** Evolution dans les indications de césariennes. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1987 ; 16 :251-60.
- 19. Berger D, Richard H, Grall J et al.** Utérus cicatriciel. Résultats et sélection des patientes à l'accouchement voie basse. A propos de 884 dossiers. J Gynecol Obstét Biol Réprod, 1991, 20 : 116-122.
- 20. Boussefiane M, Ajadat K, Bjjou Y, Belghiti L, Yousfi M, Bargach S, et al.** Accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel. J Prat, 2004, XIV (3).
- 21. Chibani M, Basly M, Messaoudi L, Abdelkrim B, Menaoudi F.** Epreuve utérine et étude analytique de 111 observations. J. Obstet. Gynecol., 1996, 4 (6) : 375-377.
- 22. 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, 434-439.



23. **Delarue T, Pele P, Pelletier P, Taillanter L.** Pronostic de l'accouchement de la femme antérieurement césarisée. A propos de 209 cas. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1983, 12, 2, 193-206.
24. **Dembélé BT.** Etude Epidémiologique, clinique, et pronostique des ruptures utérines au centre de santé de référence de la commune V du district de BAMAKO à propos de 114 cas. Thèse de Médecine Bamako 2002: 02 M 14.
25. **De Saint Hilaire P, Gaucherand P, Bagou G, Rudigoz RC.** Grossesse et utérus cicatriciel. Encycl Médic Chir Paris, Obstétrique 5- 030-A-20, 1992 : 16p.
26. **El Mansouri A.** Accouchements sur utérus cicatriciel : A propos de 150 cas. Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1994, 89 (12) : 606-612.
27. **Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ, Fallon D, Yoshida MM.** Vaginal birth after cesarean delivery: Results of a 5 year multicenter collaborative study. Obstet Gynecol 1990; 76: 750-4.
28. **Hamet Tidjani A, Gallais A, Garba M.** L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger : A propos de 590 cas. Médecine d'Afrique Noire : 2001, 48 (2) : 63-66.
29. **Hassan A.** Trial of scar and vaginal birth after caesarean section. J Ayub Med Coll Abouttabad, 2005, 17 (1) : 57-61.
30. **Hersson-Edery F.** Puis-je espérer un accouchement vaginal la prochaine fois ? Le Médecin du Québec, vol 40, N° 7, juillet 2005.

- 31. Hohlfeld P, Vial Y.** Place et résultats de l'épreuve de travail après une ou plusieurs césariennes : à propos de 1124 cas. Méd. Hyg. 1996; 54:2115.
- 32. Kamina P.** Dictionnaire d'anatomie : atlas / pierre Kamina – Paris : Maloine S.A. 1983 ; Anatomie Gynéco-Obstétrique, Pierre Kamina – Paris : Maloine ; 1984 SIMEP 1996.
- 33. Kharrasse T.** Accouchement sur utérus cicatriciel (à propos de 614 cas). Thèse de Médecine, Casablanca, 2006 N°18.
- 34. Koumaré Z.** Accouchement sur utérus cicatriciel au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. Thèse Méd. Bamako 2009 M 135.
- 35. Lansac J, Body G, Magnin G, Bertrand J, De Calan L, Bourlier P, et al.** La pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique. Masson, Paris, 1998.
- 36. Lansac J, Marret H, Oury JF.** Pratique de l'accouchement. 4ème édition, 2006, Elsevier Masson, Paris. Pages 223-231.
- 37. Lehmann M, Hedelin G, Sorgue C, Göllner JL, Grall C, Chami A, et al.** Facteurs prédictifs de la voie d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel. J Gynécol Obstét Biol Réprod 1999 ; 28 : 358-368.
- 38. Lokossou A, De Souza J, Adisso S, Takpara I, Adognigo MO, Alihonou E.** Accouchements dans les utérus cicatriciels et risques obstétricaux. Médecine d'Afrique Noire 2008- 55 (5) 277- 283.

39. **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.
40. **Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique, 6ème édition, Masson, Paris, 1995.
41. **Mizunoya F, Nakata M, Kondo T.** Management of vaginal birth after cesarean. *J. Obstet. Gynecol. Res.*, 2002; 28 (5) 240-244.
42. **Myles T.D.** Vaginal birth after cesarean delivery outcomes in 116 women with two or more prior caesarean deliveries. *Obstet. Gynecol.*, 2003, 101 (4) suppl : 9 s.
43. **Nayama M, Nouhou Y, Chekaraou MC, Idi N, Tahirou A, Kamaye M, et al.** Prise en charge obstétricale des utérus cicatriciels à la maternité Issaka Gazobi de Niamey. Etude prospective à propos de 314 parturientes sur 1 an. *Médecine d'Afrique Noire* 2007 – 54 (5).
44. **Neuhaus W, Bauerschmitz G, Gohring V, Schmidt T.** The risk of rupture of the uterus: an analysis of 1086 births after previous caesarean section. *J. Obstet. Gynaecol.*, 2001, 21 (3): 232-235.
45. **Ouattara A.** Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de Santé de Référence de la Commune V. Thèse Méd. Bamako 2004 M 101.
46. **Picaud A, Nlome-Nze AR, Ogowet N., Engongah T, Ella-Ekogha R.** L'accouchement des utérus cicatriciels : A propos de 606 cas pour 62193 accouchements. *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.*, 1990, 85, (6): 387-392.
47. **Placek PJ, Ta ffel S M.** Cesarean section delivery rates: United States 1982. *Am J Public Health* 1988; 78:861.1.

- 48. 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 Réprod* 1997; 26: 517-9.
- 49. Sepou A, Yanza MC, Nguembi E, Penguele A, Ngabale R, Goddot M, et al.** *Médecine d'Afrique Noire* 2004 – 51 (1) 45-49.
- 50. Shi Wu Wen, Rusen U.D., Walker M., Liston R., et al.** Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2004, 191(4): 1263-1269.
- 51. Spaans WA, Sluijs MB, Roosmalen JV, et al.** Risk factors at cesarean section and failure of subsequent trial of labour. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2002, 100: 163-166.
- 52. Téguté I.** Thèse de Médecine: Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'Hôpital du Point "G" de 1991 à 1993. A propos d'une étude cas témoins de 1544 cas. Bamako; 96 M 17.
- 53. Tshilombo KM, Mputu L, Nguma M, Wolomby M, Tozin R, Yanga K.** Accouchement chez la gestante zaïroise antérieurement césarisée. *J. Gynécol Obstét Biol Reprod* 1991 ; 20 : 568-74.
- 54. Van der Walt WA, Cronje HS, Bam RH.** Vaginal delivery after one cesarean section. *Gynecol Obstet* 1994; 46: 271-7.
- 55. Wasef WRK.** An audit of trial of labour after previous caesarean sections. *J. Obstet. Gynaecol.*, 2000, 20 (4): 380- 381.

## X. ANNEXES

### FICHE D'ENQUETE

#### EPREUVE UTERINE :

Numéro du dossier: <idnum >

#### I/ IDENTIFICATION:

{q1} Age: ##

{q2} Ethnie: # 1=bamanan 2=peulh 3=sonrhaï 4=soninké 5=autre

{q3} Statut matrimonial: # 1=mariée 2=célibataire

{q4} Profession de la femme: # 1=médecin 2=magistrat 3=enseignante

4=sans profession 5=vendeuse 6=commerçante

7=élève/étudiante 8=autre

{q5} Niveau d'instruction: # 1=primaire 2=secondaire 3=supérieur

4=non instruite 5=autre

{q6} Profession du conjoint: # 1=médecin 2=magistrat 3=enseignant

4=sans profession 5=vendeur 6=commerçant

7=élève/étudiant 8=autre

#### III/ ANTECEDENT DE LA PATIENTE:

Antécédent gynécologique:

{q7} Cycle : # 1=régulier 2=irrégulier

{q8} Notion d'IST: <Y> 1=ooui 2=non

{q9} Métrorragie: <Y> 1=ooui 2=non

{q10} Dysménorrhée: <Y> 1=ooui 2=non

{q11} Contraception: <Y> 1=ooui 2=non

{q12) Gestité : # 1=G2 a G3 2=G4 a G5 3=G sup ou égal 6

{q13} Parité : # 1=P1 2=P2 a P3 3=P4 a P5 4=P sup ou égal 6

{q14} Nombre d'enfants vivants : #

1=sans enfants vivants 2=1 3= 2 a 5 4=sup ou égal 6

{q15} Nombre d'enfants décédés : # 1=1 2= 2 a 5 3=sup ou égal 6 4=aucun

{q16} Nombre de mort ne : # 1=1 2= 2 a 5 3=plus de 2 4=aucun

{q17} Intervalle inter génésique : #

1=moins de 2 ans 2= 2 ans 3=plus de 2 ans

{q18} Notion d'avortement : # 1=spontané 2=provoque 3=aucun

{q19} Dernier accouchement: # 1=eutocique 2=dystocique

si 2 préciser:\_\_\_\_\_

{q20} Notion d'accouchement par voie basse sur la cicatrice utérine :

<Y> 1=oui 2=non

{q21} Existence d'un document renseignant sur la dernière césarienne :

<Y> 1=oui 2=non

{q22} Renseignement fourni par le dit document : #

1= type de césarienne 2=existence de trait de refend 3=complication infectieuse 4=aucun

### **ANTECEDENT CHIRURGICAUX:**

{q23} Myomectomie: #

1=avec ouverture de la cavité utérine

2=sans ouverture de la cavité utérine

{q24} Salpingectomie : # 1=avec restriction de la corne correspondante

2=sans restriction de la corne correspondante

{q25} La patiente a t elle reçu des informations pour le suivi

de la grossesse ultérieure : <Y> 1=oui 2=non

{q26} Délai entre la dernière césarienne et le début

de la grossesse actuelle : #

1=inferieur 1 an 2=entre 1 an et 2 ans 3=sup ou égal 2 ans

{q27} Hystérogaphie: <Y> 1=oui 2=non

si 1 préciser:\_\_\_\_\_

{q28} Indication de la césarienne : # 1=SFA 2=gros fœtus

3=présentation dystocique 4=procidence du cordon

5=placenta praevia hémorragique 6=HRP 7=dystocie

8=syndrome de pré rupture

9=autre: \_\_\_\_\_

{q29} Type d'hystérotomie : # 1=segmentaire transversale

2=segmentaire verticale 3=segmentaire corporéale

4=segmento corporéale 5=segmentaire avec trait de refend

{q30} suite post césarienne : # 1=simples 2=compliquée d'endométrite

3=compliquée de suppuration pariétale

4=compliquée d'endométrite + suppuration pariétale

5=compliquées de péritonite 6=compliquées de pelvipéritonite

7=ré intervention

### III/ MODE D'ADMISSION:

{q31} Venue d'elle-même : <Y> 1=oui 2=non

{q32} Referee : <Y> 1=oui 2=non

{q33} Evacuée : <Y> 1=oui 2=non

{q34} Lieu de provenance: # 1=cscm 2=csref 3=hôpital 4=structure privée

{q35} Motif d'admission: # 1=hémorragie 2=non engagement a dilatation complète 3=SFA 4=dilatation stationnaire 5=utérus cicatriciel en travail

{q36} Moyen de transport: # 1=ambulance 2=taxi 3=voiture personnelle  
4=autre

{q37} Support de référence: # 1=partogramme 2=fiche de référence  
3=bulletin d'analyse

{q38} Qualification de l'agent ayant adresse la parturiente: #

1=médecin 2=sage femme 3=matrone 4=faisant fonction d'interne 5=autre

### IV/ EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION:

{q39} Consultation prénatale: <Y> 1=oui 2=non

si 1 préciser: \_\_\_\_\_

date de la première CPN: <dd/mm/yy>

date de la dernière CPN: <dd/mm/yy>

{q40} Lieu de CPN: # 1=cscom 2=csref 3=Structure médicale privée  
4=dispensaire 5=consultations prénatales à domicile

{q41} Qualification de l'agent ayant fait CPN: #

1=médecin 2=sage femme 3=matrone

{q42} Conjonctives: # 1=bien colorées 2=moyennement colorées 3=pales

{q40} Hauteur utérine: # 1=30-33cm 2=entre 34 et 35cm

{q41} Terme de la grossesse: # 1=36 SA-36SA + 6 jrs

2=entre 37 SA et 42 SA 3=sup ou égal a 42 SA

{q43} Fréquence des BDCF: #

1=entre 110-150/bpm 2=supérieur à 151-160/bpm

{q44} Contraction utérine: # 1=normal 2=hypocinésie 3=hypercinésie

{q45} Poches des eaux: # 1=intacte 2=rompue

{q46} Notion de RPM: <Y> 1=oui 2=non

si 1 préciser: \_\_\_\_\_

{a} Délai inférieur a 6h {b} Entre 6-12h {c} Supérieur a 12h

{q47} Aspect du liquide amniotique: #

1=claire 2=méconial 3=sanglant 4=autre

{q48} Hémorragie: <Y> 1=oui 2=non

{q49} Dilatation du col: #

1=phase de latence 2=phase active 3=phase expulsive

## **V/ VOIE D'ACCOUCHEMENT:**

{q50} Césarienne: # 1=après épreuve utérine

{q51} Indication de la césarienne (préciser): \_\_\_\_\_

{q52} Voie basse: <Y> 1=oui 2=non

{q53} Mode d'expulsion: # 1=OP 2=OS 3=autre



**VII/ LA DELIVRANCE:**

{q54} Type de délivrance: # 1=naturelle 2=active 3=artificielle 4=autre

{q55} Rétention placentaire: <Y> 1=oui 2=non

a) placenta increta b) percreta c) accreta

si a préciser: \_\_\_\_\_

{q56} Etat de l'utérus après délivrance: #

1=globe de sécurité bien forme 2=utérus mou

{q57} Hémorragie du post-partum: <Y> 1=oui 2=non

a) hémorragie du post-partum (atonie utérine)

b) hémorragie du post-partum (tissus)

c) hémorragie du post-partum (traumatisme)

d) hémorragie du post-partum (trhombine)

si 1 préciser: \_\_\_\_\_

{q58} Hystérectomie au cours de la césarienne: <Y> 1=oui 2=non

si 1 préciser l'indication: \_\_\_\_\_

{q59} Révision utérine après voie basse: <Y> 1=oui 2=non

si 1 préciser l'indication: \_\_\_\_\_

**VIII/ ETAT DE LA MERE APRES L'ACCOUCHEMENT:**

{q60} Vivante: <Y> 1=oui 2=non

si oui a préciser son état général: \_\_\_\_\_

{q61} Décédé: <Y> 1=oui 2=non

si oui a préciser la cause du décès: \_\_\_\_\_

**VIII/ ETAT DU NOUVEAU NE:**

{q62} Nouveau ne: # 1=vivant 2=mort ne frais 3=mort ne macéré

{q63} Poids: # gr 1=inferieur a 2500 2=entre 2500 et 3999g 3= ≥ 4000g

{q64} Taille: # cm 1=moins de 47cm 2=supérieur ou égal a 47cm

{q65} Apgar: # 1=Apgar 0 2=entre 1 et 3 3=entre 4-7 4=sup ou égal 8

{q66} Etat général du nouveau ne: # 1=bon 2=référé en néonatalogie

si 2 préciser l'indication: \_\_\_\_\_

3=réfère non parti

cause: \_\_\_\_\_

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom** : TRAORE

**Prénom** : Mamadou Amadou

**Date et lieu de naissance** : Né le 06 Mars 1981 à Mopti

**Titre de la thèse** : Epreuve utérine au centre de santé de référence de la commune V.

**Année** : 2009-2010.

**Ville de thèse** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Secteur d'intérêt** : Gynécologie-obstétrique

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

**Résumé** :

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

L'objectif était d'étudier l'épreuve utérine au centre de santé de référence de la commune V.

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive. Il s'agissait d'une étude prospective descriptive transversale.

L'étude s'est étendue sur une période de six (6) mois allant du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2009.

Elle s'est portée sur tous les accouchements enregistrés dans le service durant la période.

La prévalence d'accouchement sur utérus cicatriciel est de 8,8% sur un total de 3709 accouchements dont 329 cas d'utérus uni au pluricicatriciels.

L'épreuve utérine a été réalisée chez 256 parturientes avec un taux de réussite de 49,61%.

La césarienne a été indiquée chez 129 parturientes soit 50,39% suite à l'échec de l'épreuve utérine.

La révision utérine a été indiquée chez une seule parturiente ayant accouché par voie basse.

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel par contre 2 nouveau-nés prématurés sont décédés en néonatalogie.

**Mots-clés** : Accouchement, utérus cicatriciel, épreuve utérine, révision utérine.

## **SERMENT D'HYPPOCRATE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

***Je le jure !***