

Université Aboubakr Belkaïd– Tlemcen –  
Faculté de Médecine



**Mémoire de fin d'études**

**Thème**

Accouchement sur utérus cicatriciel  
Promo mars 2018

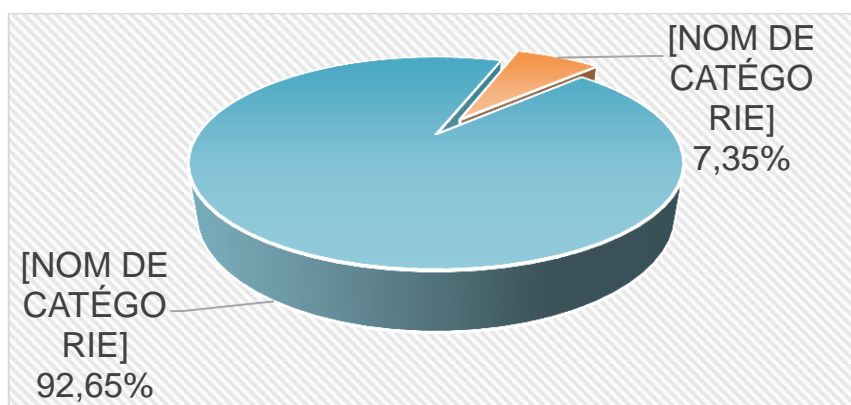
**Présenté par:**

- Dr : Elouchdi Mehdi
- Dr : Mgaya cléoplace

**l'encadrant :**

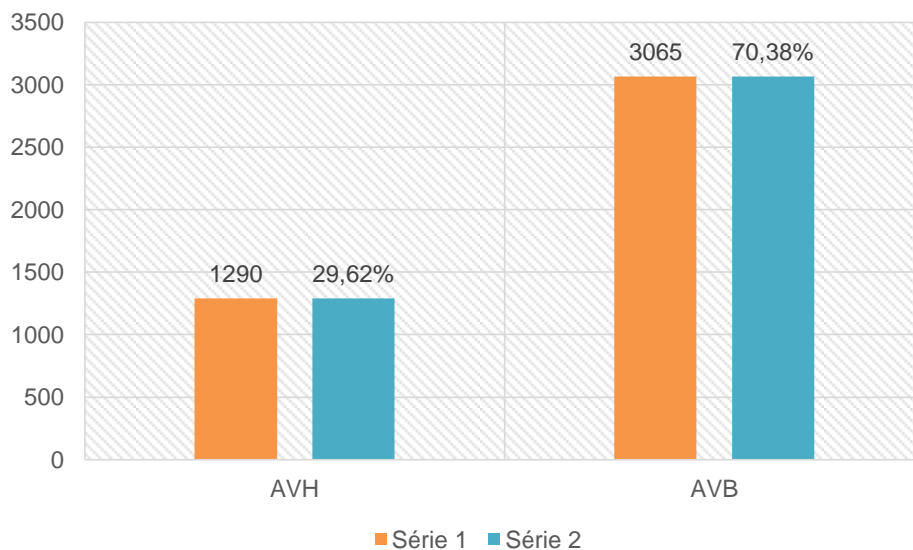
Pr : M. Ouali

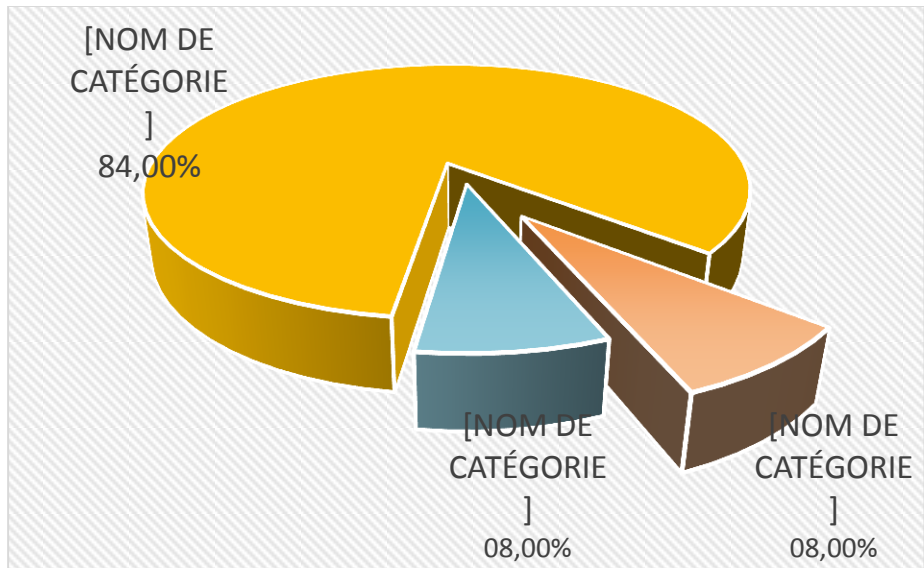
BASSIN	PRP (mm)	TM (mm)	Indice de magnin	Biscliatique (mm)	Bi iscliatique (mm)
Normal	≥105	≥115	≥23	>95	≥90
Limite	<105 >85	<115 >95	<23 >20	<95 >80	<90 >80
Chirurgical	~85	~95	~20	~80	~80



Nombre d'accouchement du 15 MARS au 31 décembre 2018

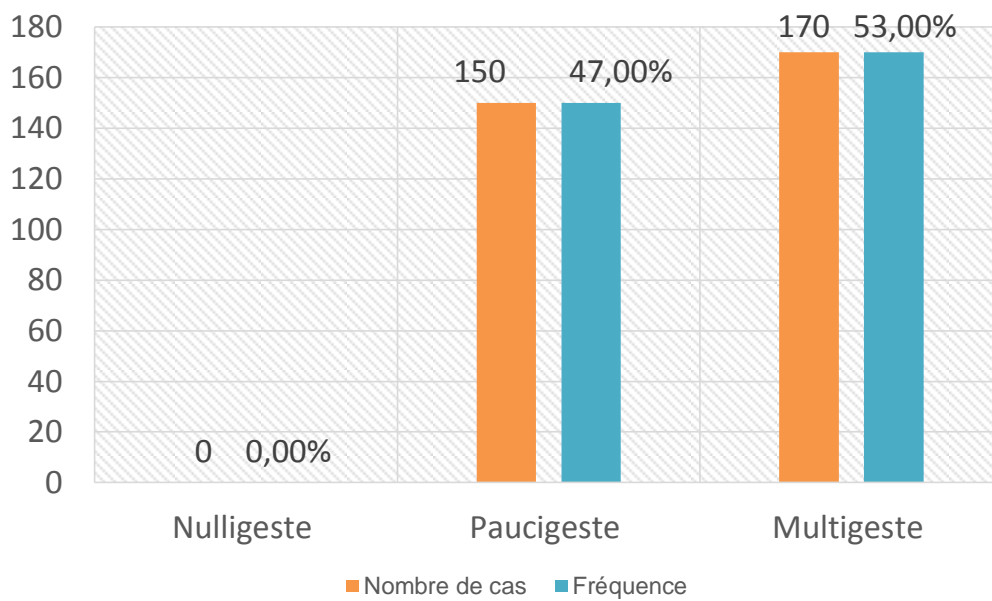
	AVH	AVB	TOTAL
Série 1	1290	3065	4355
Série 2	29.62%	70.38%	100.00%





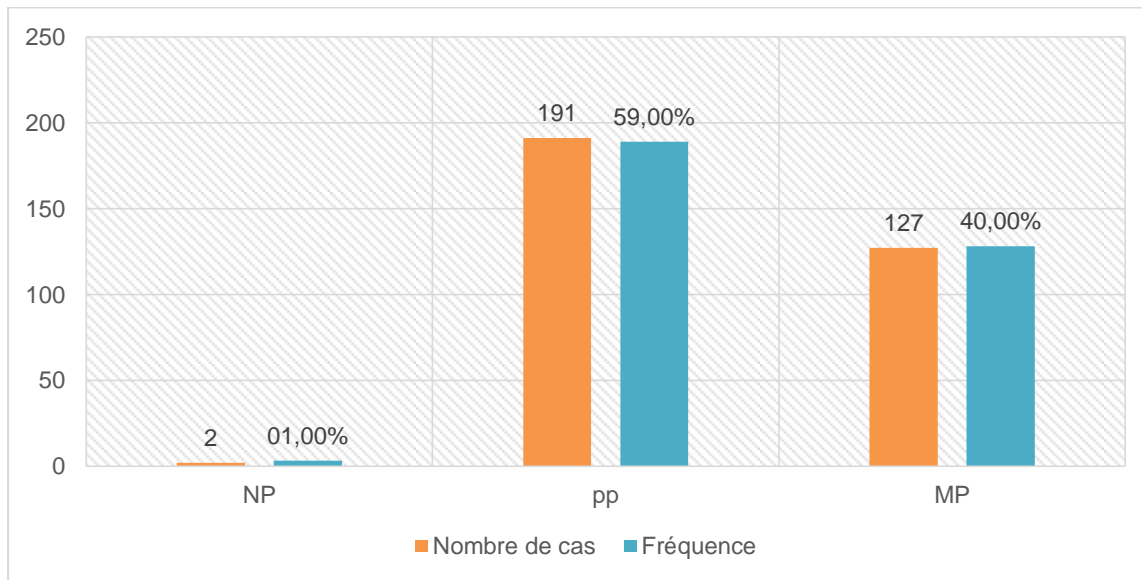
Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge.

	Nombre de cas	Fréquence
Nulligeste	00	00%
Paucigeste	150	53%
Multigeste	170	47%
Total	320	100%



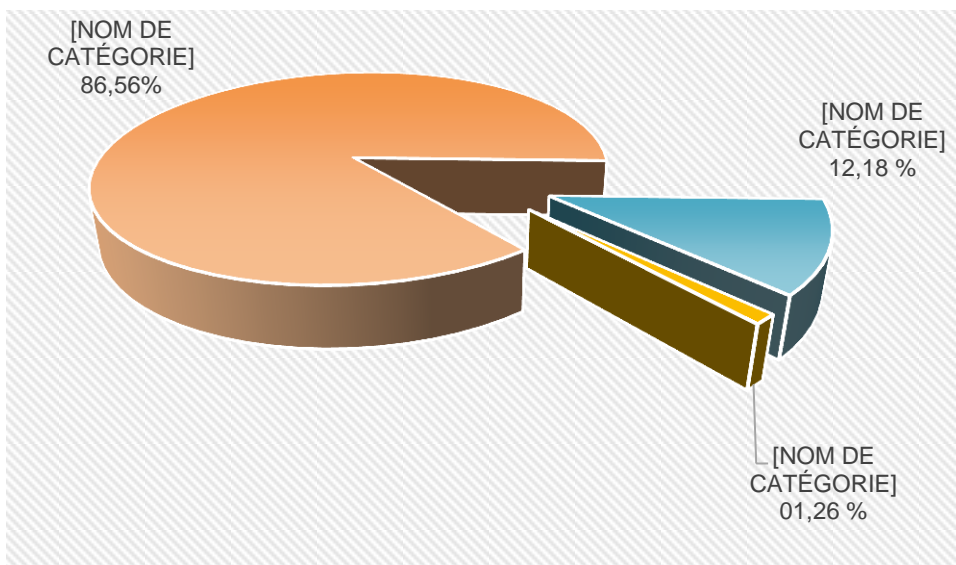
### Répartition en fonction de la parité

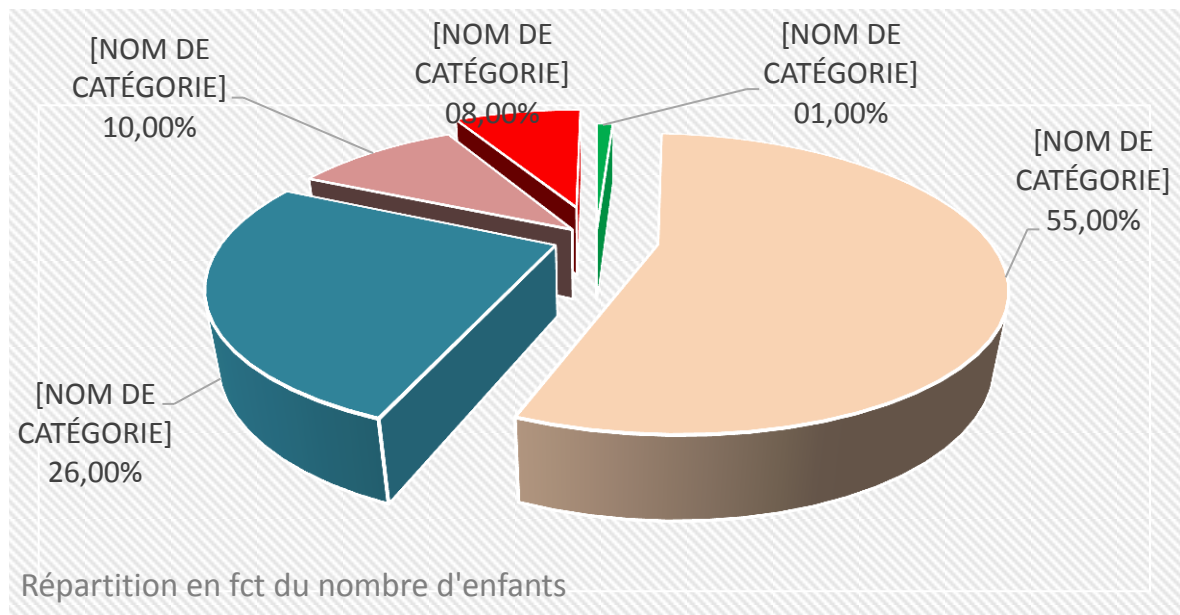
	Nombre de cas	Fréquence
NP	02	1%
pp	191	59%
MP	127	40%
Total	320	100%



### Tableau : Répartition en fonction des antécédents

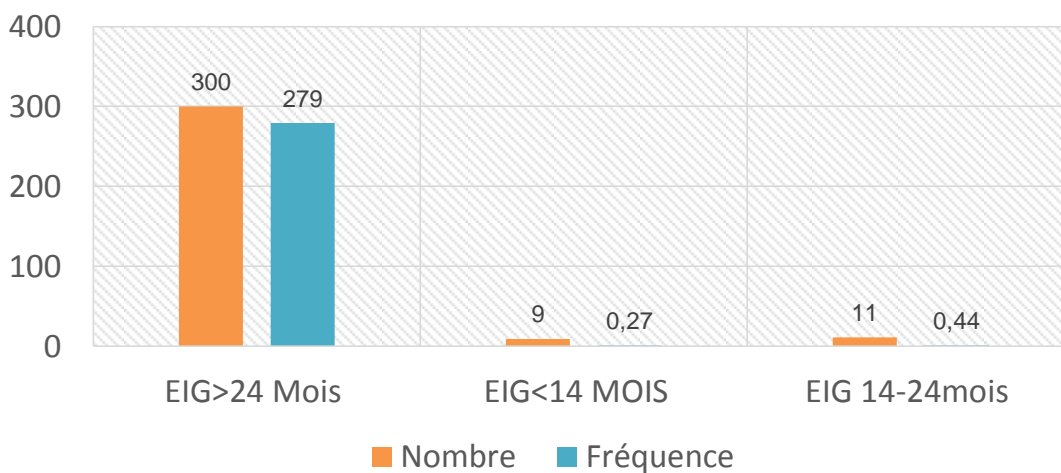
Sans ATCD	277
Avortement cureté après césarienne	39
Avortement non cureté après césarienne	04



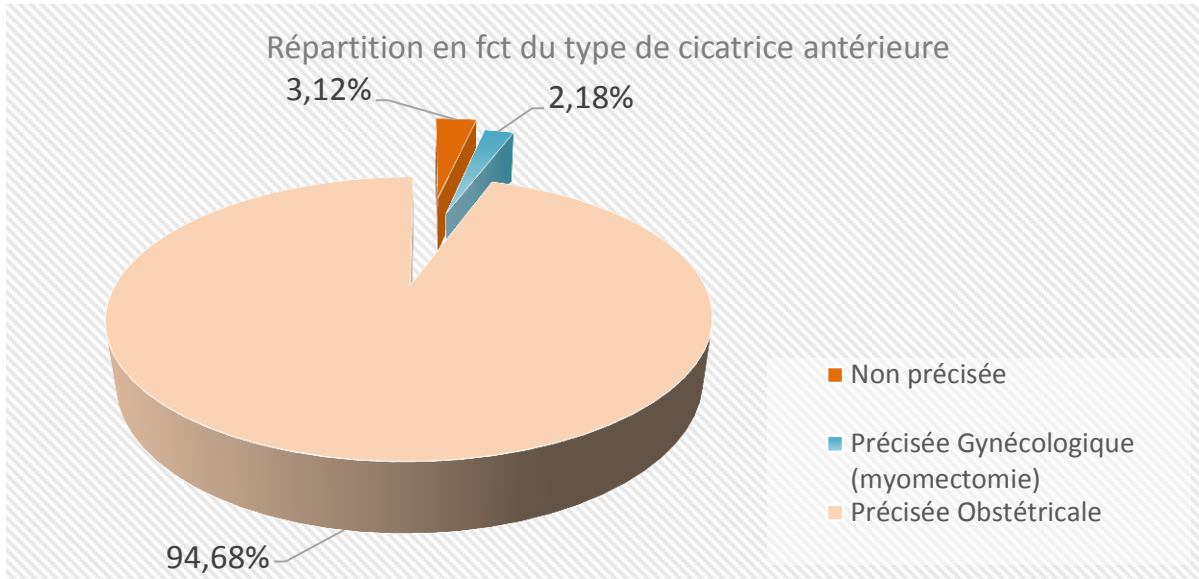


	Nombre	Fréquence
EIG>24 Mois	300	93%
EIG<14 MOIS	09	3%
EIG 14-24mois	11	4%
total	320	100%

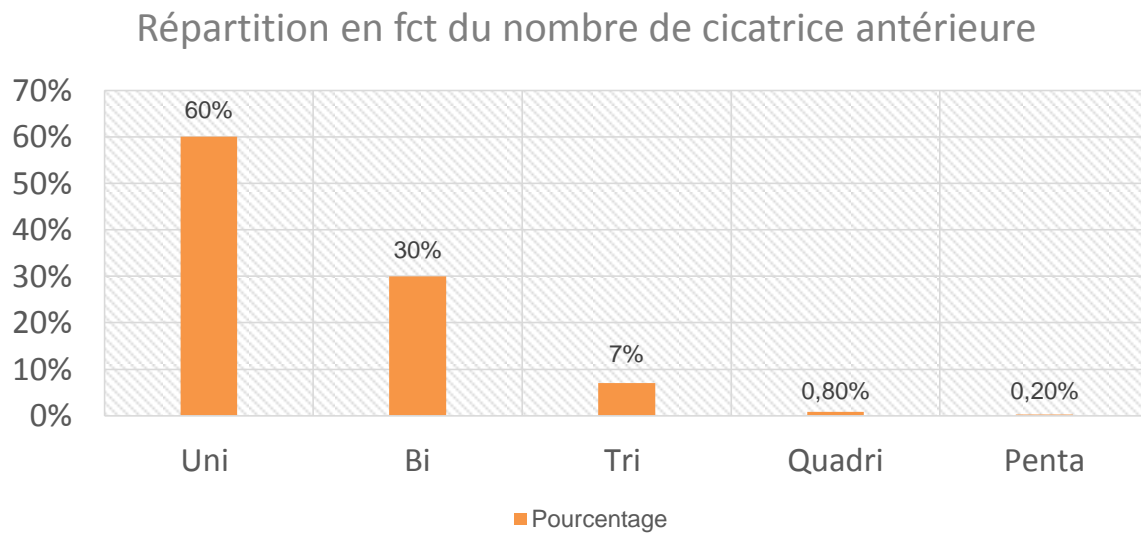
Répartition en fct de l'espace inter génésique



Non précisée	10	
Précisée	Gynécologique (myomectomie)	07
	Obstétricale	303



Nombre de cicatrices	Pourcentage
Uni	60%
Bi	30%
Tri	06%
Quadri	0,8%
Penta	0,2%
Total	100%



Répartition en fct de l'indication de césarienne antérieure

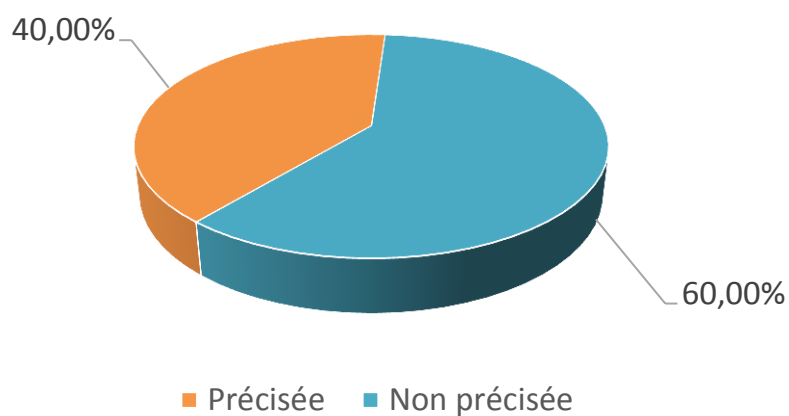


Tableau : Indication de césarienne antérieure

Bassin rétréci	10
Présentation vicieuse	49
Dépassement	10
Macrosomie	20
Echec a 2 épreuves	17
Primi âgée	1
Pré-éclampsie	8
Hydrocéphalie	4
SFA	3
Oligoamniose	2
Défaut d'engagement	1
MIU	3
Infertilité primaire	5
PP	1
Sauvetage materno foetal	1
Procidence de cordon	1
Anamnios +RCIU	1

### Répartition en fct de l'indication de césarienne antérieure

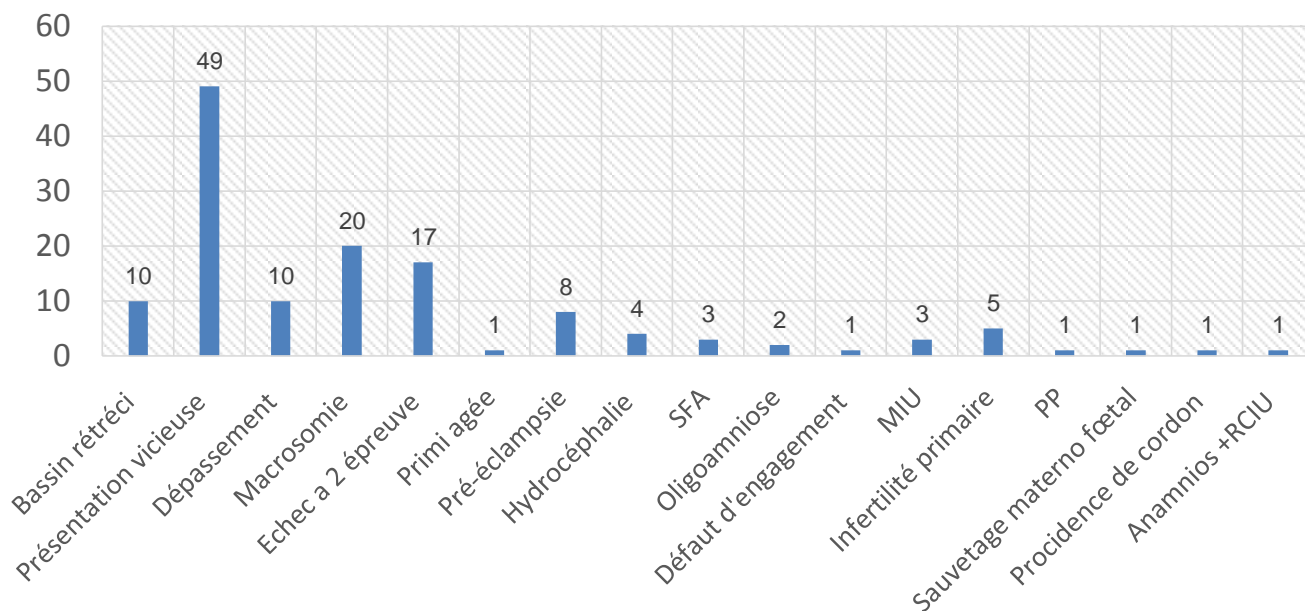


Tableau : Répartition en fonction du terme

Terme	Fréquence
<34SA	4%
34SA-37SA	9%
37SA-41SA	70%
>41SA	17%
total	100%

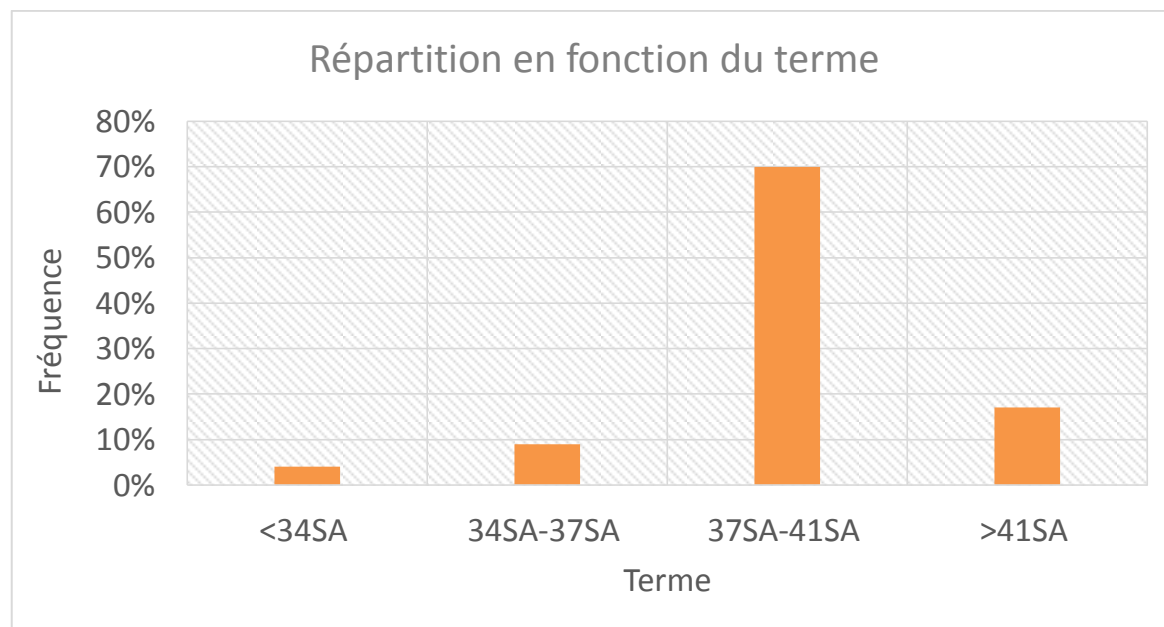




Tableau : En fonction des pathologies associées (1)

	Nombre	Taux
Sans pathologie associée	169	53%
Avec pathologie associée	151	47%
Total	320	100%

Répartition en fct des pathologies associées (1)

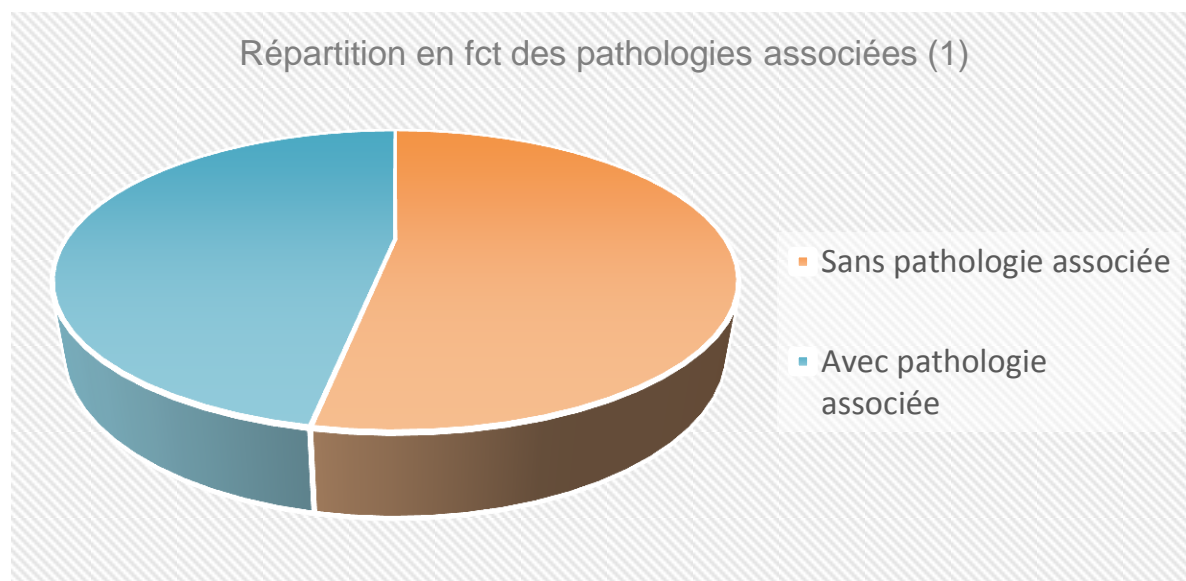


Tableau : En fonction des pathologies associées (2)

HTA chronique	19
HTA gravidique	36
Pathologie anale	02
Diabète	41
Dysthyroïdie	30
Myopie	07
Asthme	01
Thrombophlébite	04
Cardio valvulaire	02
Fibrome	01
Anémie	08
Epilepsie	01

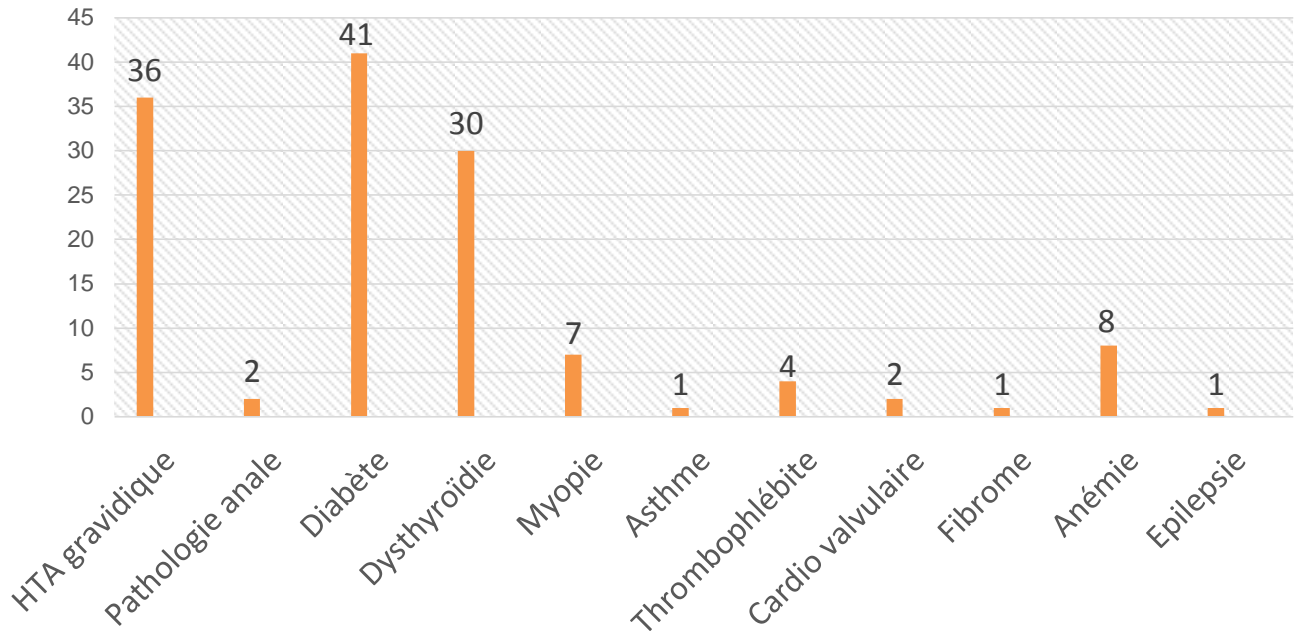


Tableau : Répartition en fonction de l'activité cardiaque à l'admission

BCF	Nombres des cas	Fréquence
Normaux	290	92%
Bradycardie	15	04%
Tachycardie	00	00%
Absents	15	04%
total	320	100%

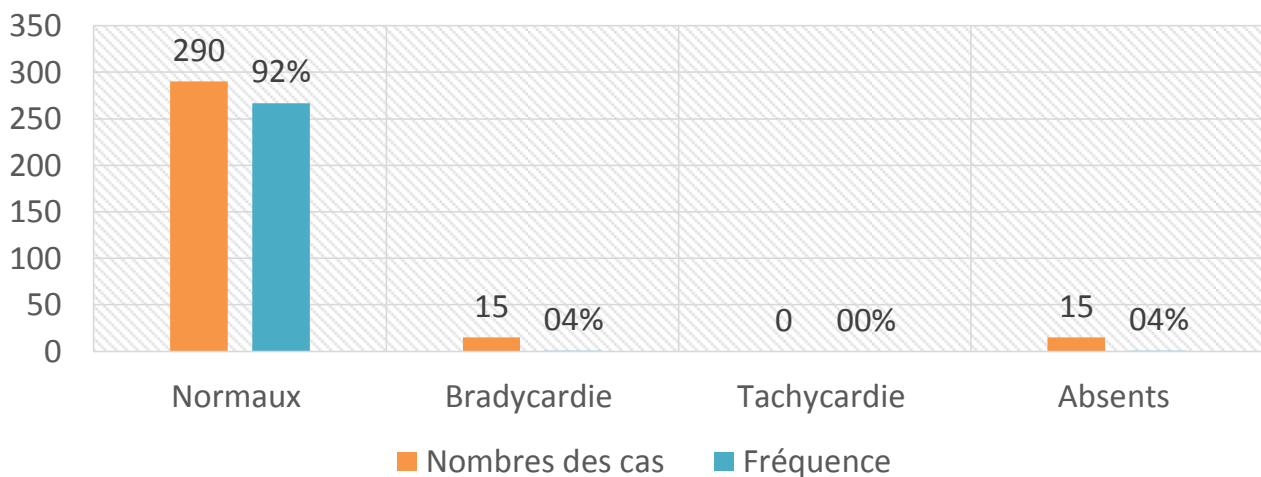
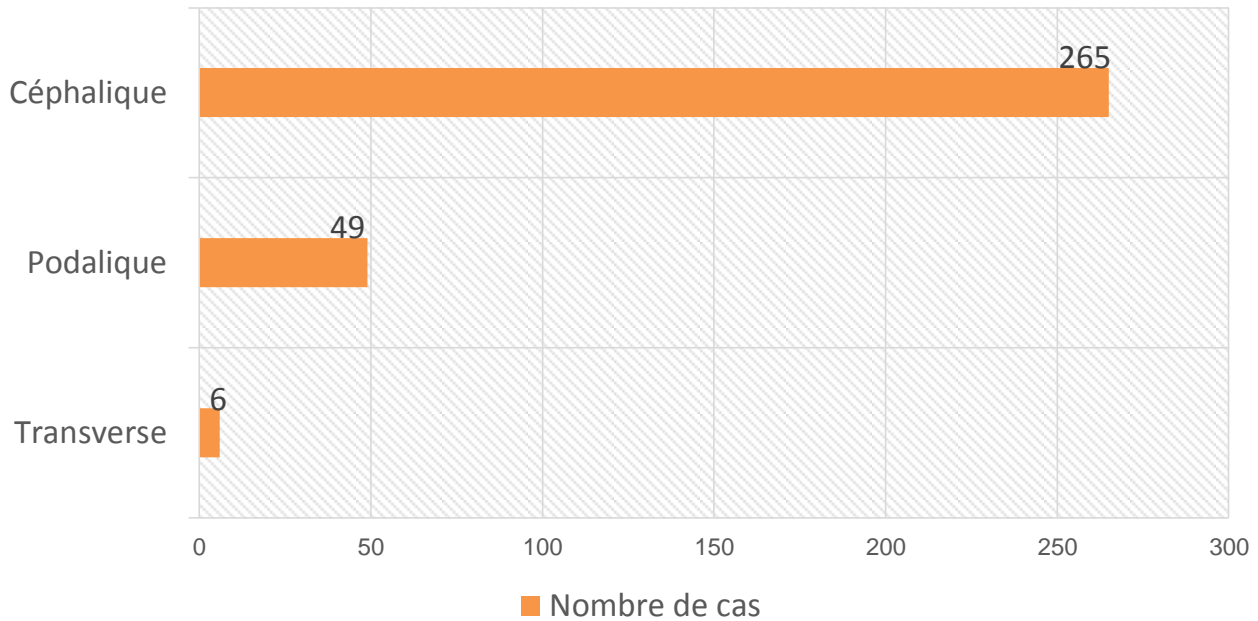


Tableau : Répartition en fonction de la grossesse actuelle

	Nombre de cas
Transverse	6
Podalique	49
Céphalique	265



Dilatation	Nombre de cas	Fréquence
À la pulpe	80	23%
> 03 cm	200	56%
[03,06] cm	30	17%
[07,10] cm	10	4%
total	320	100%

Répartition en en fonction de la dilatation du col (320 patientes)

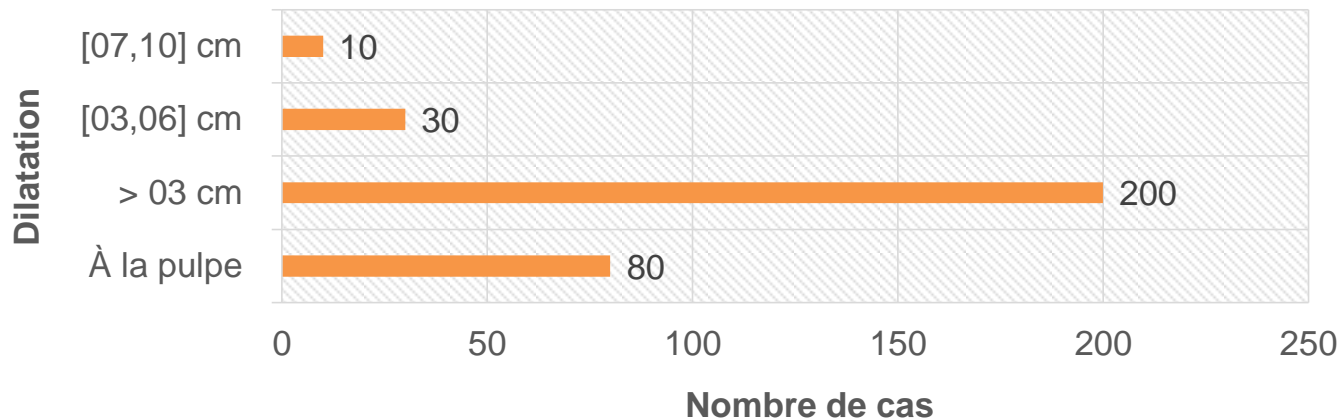


Tableau : Répartition en fonction de l'état des PDE

PDE Intacte	240
PDE rompue	80

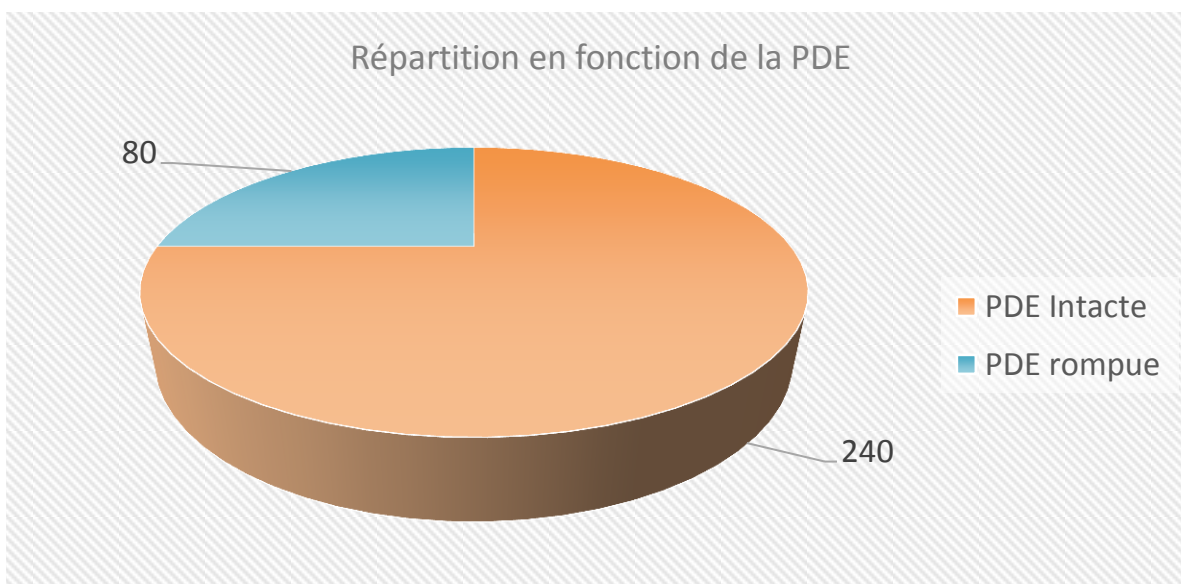
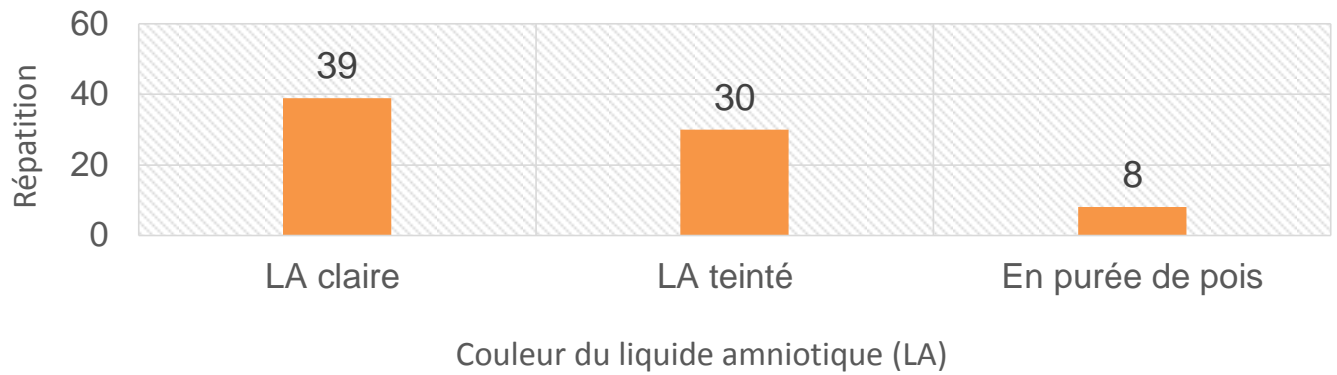


Tableau : Le liquide amniotique en fonction de la couleur du LA

Liquide amniotique (LA)	Répartition
LA claire	39
LA teinté	30
En purée de pois	8

### Répartition en fonction du liquide amniotique



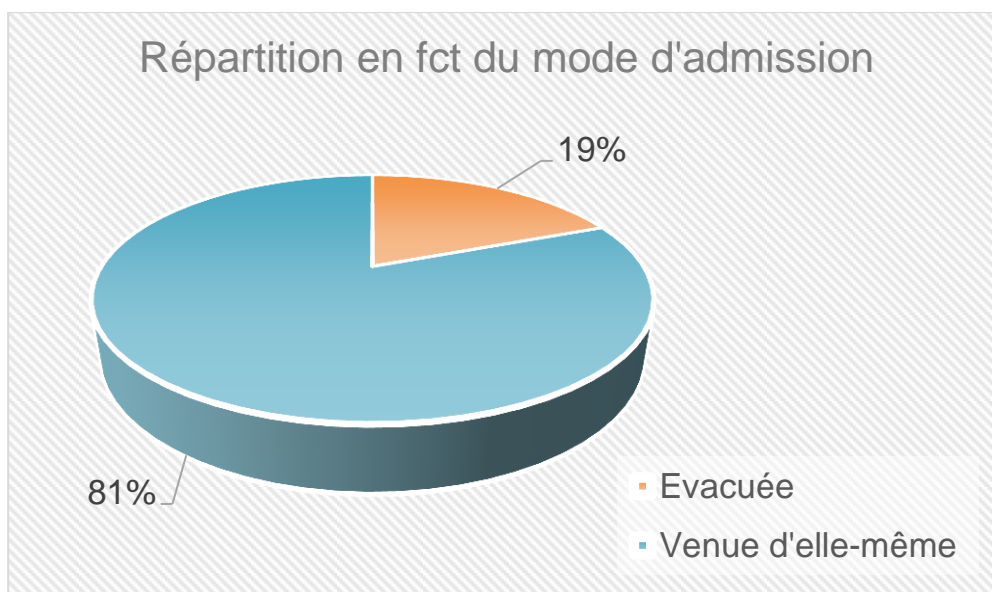
### e) L'état matrimonial

Mariée	315
Célibataire	5

### f) Mode d'admission

Tableau : Répartition en fonction du mode d'admission

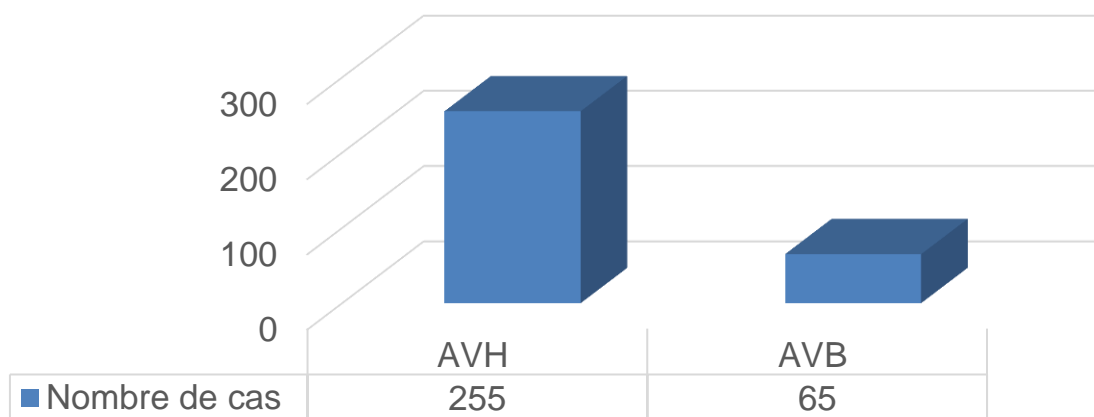
Mode d'admission	Nombre de cas	Fréquence
Evacuée	61	19%
Venue d'elle-même	259	81%
total	320	100%



## f) Le mode d'accouchement

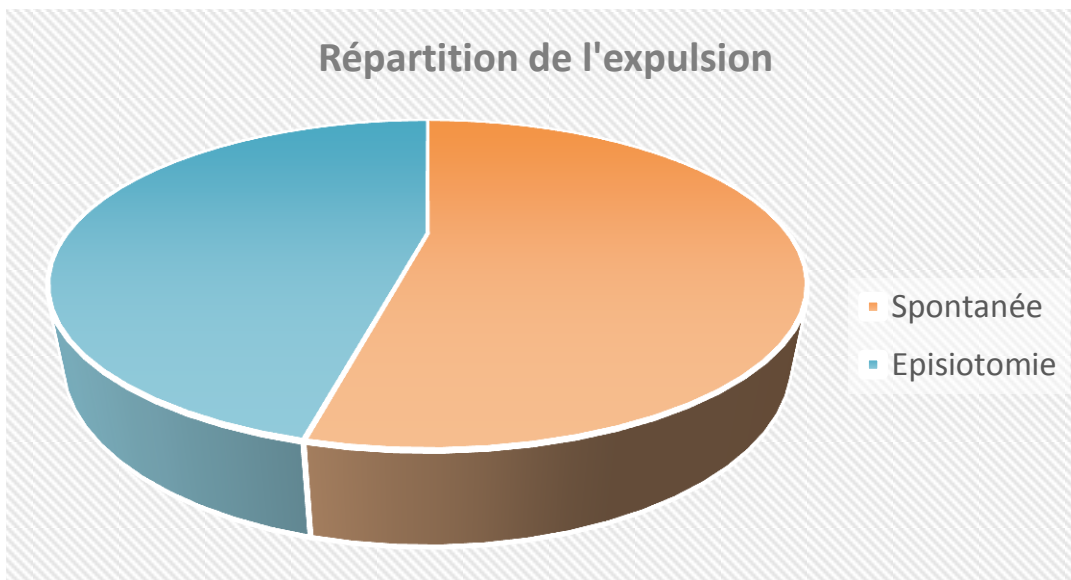
	Nombre de cas	Fréquence
AVH	255	80%
AVB	65	20%
Total	320	100%

Répartition en fonction du nombre d'accouchement



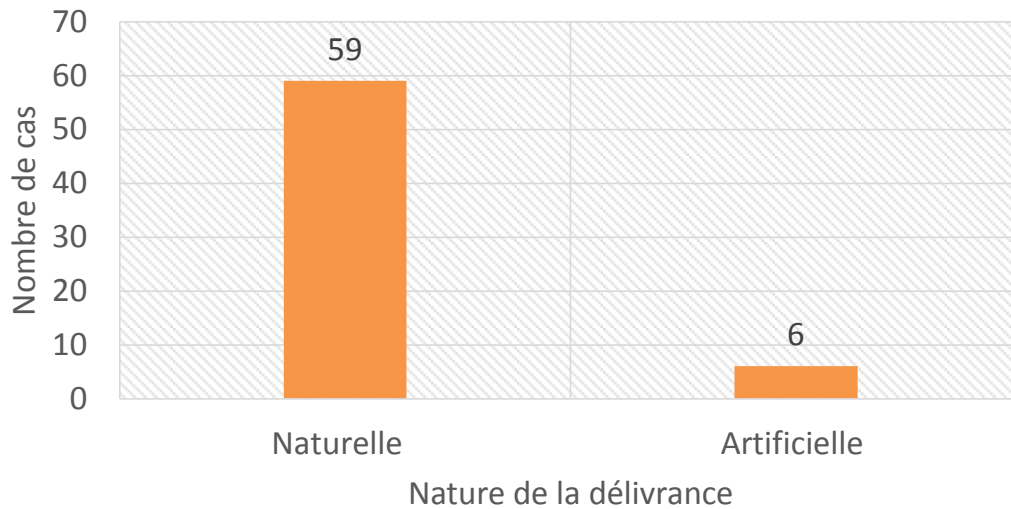
## 2) L'expulsion

	Nombre de cas	Fréquence
Spontanée	35	53%
Episiotomie	30	47%
total	65	100%



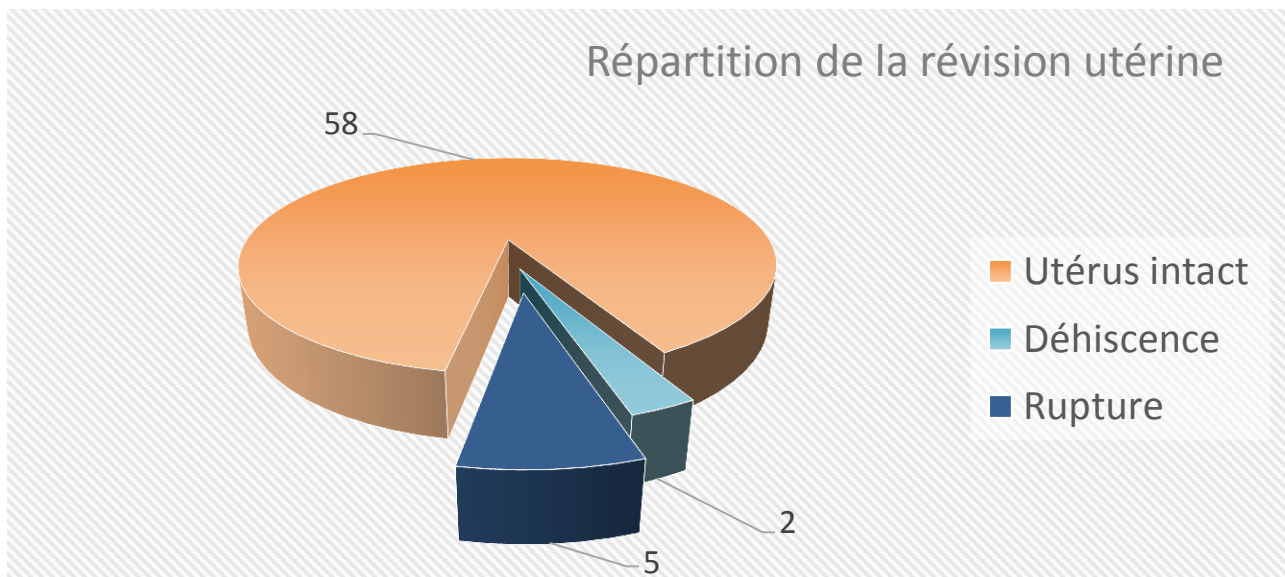
La délivrance	Nombre de cas	Fréquence
Naturelle	59	91%
Artificielle	6	9%
total	65	100%

Répartition en fct de la délivrance

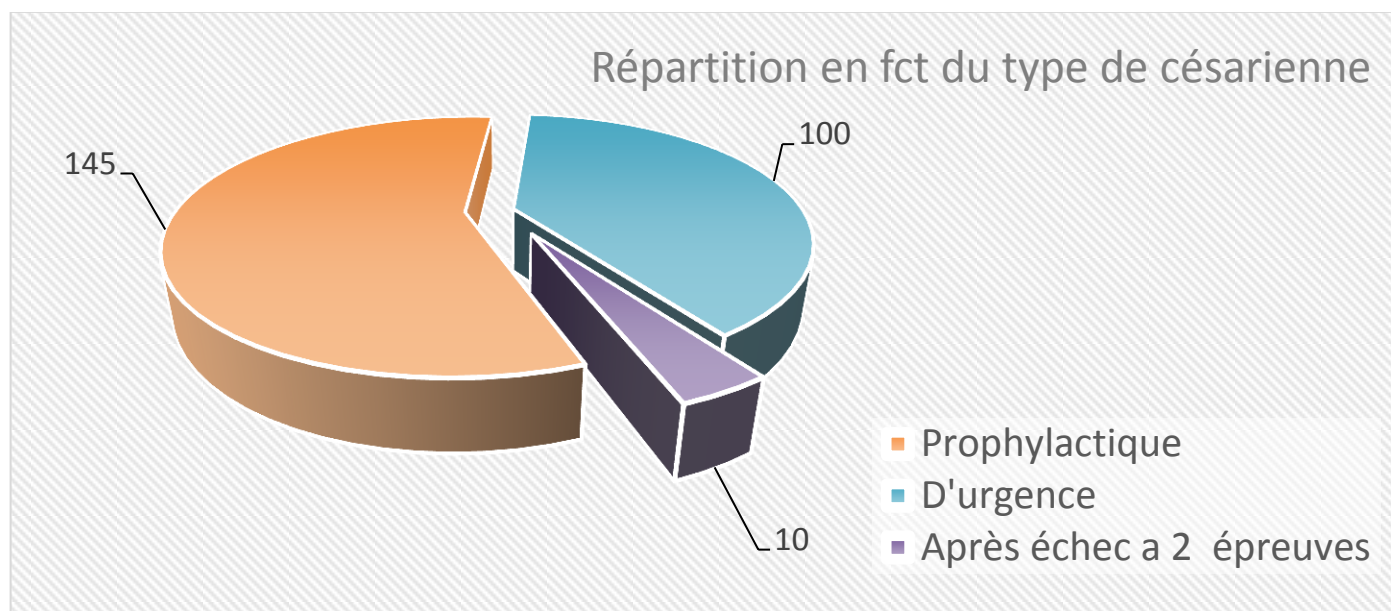


	Nombre de cas	Fréquence
Utérus intact	58	89%
Déhiscence	2	3%
Rupture	5	8%
total	65	100%

Répartition de la révision utérine

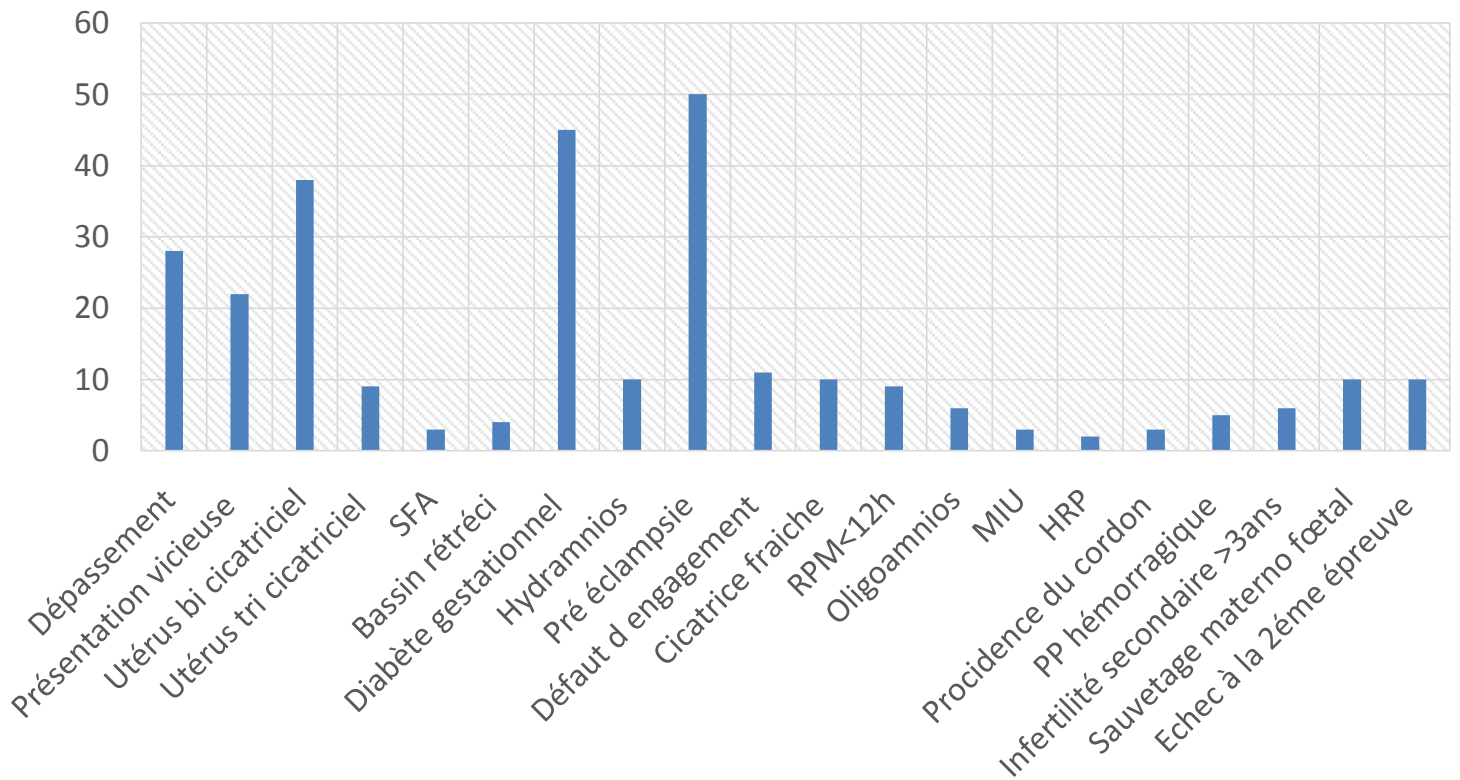


Mode de césarienne	Nombre de cas	Fréquence
Prophylactique	145	57%
D'urgence	100	39%
Après échec a 2 épreuves	10	4%
Total	255	100%



Indication de césarienne actuelle	Nombre de cas
Dépassement	28
Présentation vicieuse	22
Utérus bi cicatriciel	38
Utérus tri cicatriciel	9
SFA	3
Bassin rétréci	4
Diabète gestationnel	45
Hydramnios	10
Pré éclampsie	50
Défaut d'engagement	11
Cicatrice fraîche	10
RPM<12h	9
Oligoamnios	6
MIU	3
HRP	2
Procidence du cordon	3
PP hémorragique	5
Infertilité secondaire >3ans	6
Sauvetage materno foetal	10
Echec à la 2ème épreuve	10





Auteurs	Années	%
PICAUD (126)	1990 Gabon	0,97
CHIBANI (121)	1996 Tunisie	2,6
WASEF (158)	2000 GB	3,49
BAIS (127)	2001 Belgique	3,2
NEUHAUS (31)	2001 Allemagne	7,16
MYLES (128)	2003 EUA	13,6
AISIEN (6)	2004 Nigeria	7,5
SHI WU WEN (29)	2004 Canada	9,85
Notre étude sur 4 années	2018 - 2019	*5,20

\* Ce taux de 5,20% est surestimé (vue l'existence des accouchements utérus cicatricielle référé de Taounat, Sefrou, etc...)

Auteur	Année	%
ydon rochel	1996	0.45%
Mc MAHON	1996	0.36
CISSE	1997	0.20%
HINNAND	1998	0%
GEORGE	1998	0.80%
SPAANS	1998	3%
ANDON	2002	0%
MAROC	2007	2.10%
Notre étude	2018	9%

## **Remerciements :**

**Je rend hommage à Mon père que Dieu  
l'accueille dans son vaste paradis .**

**Je remercie ma Mère, ma fiancée, mes frères et  
tous ceux qui m'ont soutenu .**

**Je remercie tous mes professeurs et mes  
confrères.**

## **Plan du Travail :**

- 1) Généralité
- 2) Etude épidémiologique avec ses objectifs
- 3) conclusion

## Généralité :

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

En obstétrique, et selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la définition de l'utérus cicatriciel est la suivante :

Un utérus est dit cicatriciel lorsqu'il comporte, en un endroit quelconque de l'isthme ou du corps, une ou plusieurs cicatrices myométriales. Cette définition exclut les cicatrices cervicales, les cicatrices purement muqueuses et les cicatrices purement séreuses.

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

Les césariennes et les extractions fœtales par hystérotomie qui peuvent être à l'origine de :

soit d'une cicatrice transversale sur le segment inférieur (cicatrice segmentaire transversale) ;

soit d'une cicatrice verticale sur le corps utérin avec extension plus ou moins longue sur le segment inférieur et le corps

utérin (cicatrice corporeale verticale ou segmento-corporeale verticale) ;

soit d'une cicatrice mixte en forme de T inversé, c'est-à-dire transversale segmentaire et verticale corporeale.

Les myomectomies : ablation d'un ou plusieurs fibromes.

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

Les traumatismes de l'utérus :

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

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

perforation de l'utérus lors d'un curetage utérin ou d'autre intervention sur la cavité utérine (hystérocopie diagnostique ou opératoire, hystérocopie...)

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

traumatisme utérin lors d'une agression (plaie par arme blanche ou par balle)



# **ACCOUCHEMENT AVEC UN UTERUS CICATRICIEL**

**1) Apres cesarienne**

**2) Apres cicatrice uterine autre**



## **1) Accouchement apres Césarienne**

En Algérie une femme sur 15 a une césarienne-

-50% sont primipares

-15 a 20% des césariennes pour bassin

DONC : plus d'une sur deux devrait pouvoir accoucher par voie basse

Epreuve uterine= accouchement avec un uterus cicatriciel

Taux de ruptures uterines= 0 a 1 %

## **Indications de la césarienne prophylactique :**

**-Bassin :** Bassin chirurgical= PRP inf 8,5 cm

TM inf 9,5 cm

Bisiatique inf 8 cm

Magnin inf 20

DISPROPORTION FOETO-PELVIENNE

### **-Uterus :**

Cicatricz corporéale ou segmento-corporéale

Mini césarienne pour IVG tardive

Utérus malformé

Césariennes segmentaire +complication infectieuse ?

Césarienne sans compte rendu

Césarienne +polymyomectomie

### **-Grossesse actuelle :**

Surdistension utérine

Présentation autre que le sommet

Placenta praevia

Souffrance foetale

## **QUAND FAIRE LA CÉSARIENNE PROPHYLACTIQUE ?**

### **Date de la césarienne :**

10 jours avant le terme= 38 SA

### **Difficultés à prévoir :**

- Vessie collée su le SI
- Qualité du segment inferieur médiocre
- Discuter la stérilisation

## **L'ÉPREUVE UTERINE**

**Ses risques :** sont – **La rupture utérine**

**-l'échec**

**-la souffrance fœtale aigue**

**Cas favorables** si elements de bon pronostic :

Compte rendus et suites normales

Radiopelvimetrie normale non obligatoire

Mensurations échographiques du fœtus normales

Le déclenchement est possible si les conditions sont bonnes( CNGOF2000)

**Cas limites :**

-Retrecissement modéré du bassin

-Déclenchement car Bishop sup 8

-Utérus bi cicatriciel= 50% de voies basses

# **Surveillance de l'épreuve utérine**

## **1-Surveillance des CU par toco externe**

Toco interne+++++

Si hyper ou hypocinésie brutale penser a la rupture utérine

## **2-Surveillance du RCF**

### **3- Les signes de pré rupture sont :**

- Douleur sur le trajet de la cicatrice
- Saignement vaginal
- Stagnation de la dilatation
- SFA

**ASSOCIATION DE CES SIGNES++++++**

## **Evolution de l'épreuve utérine**

### **1) Evolution favorable :**

- Dilatation régulière 1cm/H
- APD possible
- Expulsion en inf a 20mm
- Révision utérine discutée car rupture rare inf 1%

Déhiscence difficile à apprécier

Complications liées a l'anesthésie+  
endométrite(5%)

on la réserve aux cas où on observe :

- des douleurs sus pubiennes persistantes au cours du travail ou apres
- un saignement en cours de travail ou à la délivrance
- un travail long avec des efforts expulsifs prolongés
- une extraction instrumentale

-une rétention placentaire

## **2) EVOLUTION STAGNE :**

**Si Hypocinésie étudiée par toco interne →  
syntocinon possible**

**Si Dystocie cervicale → APD possible**

**Si Stagnation >2h <1CM / H = césarienne**

## **Cicatrice autre que césarienne**

### **1-Myoméctomie par laparo ou coelio :**

**-Sous séreux pédiculé=> Acc normal**

**-Intramyéométrial unique=> épreuve  
utérine si bonne suture et suites simples**

**-Multiples=> césariennes en fonction  
du CRO**

**2- Hystéroplastie de Bret-Palmer ou  
résérction endoscopique=> Epreuve  
utérine**

**3-Grossesse extra utérine interstitielle=>  
césarienne**

**4- Pèrforation utérine=> épreuve utérine**



# ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE



## OBJECTIFS DE L'ETUDE

### ❖ OBJECTIS GENERAL :

Etudier l'accouchement sur utérus cicatriciel au service de gynéco- obstétrique de l'établissement hospitalier spécialisé mère enfant de TLEMCEN.

### ❖ OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- 1- Déterminer la fréquence de l'accouchement sur utérus cicatriciel ;
- 2- Etudier les caractéristiques sociodémographiques des patientes ayant un antécédent de césarienne ;
- 3- Identifier les principales indications de césarienne antérieure ;
- 4- Déterminer le mode d'accouchement ;
- 5- Evaluer le pronostic fœto-maternel.
- 6- Formuler des recommandations pouvant améliorer le pronostic maternel et fœtal en cas d'accouchement sur utérus cicatriciel.

## **MATERIEL ET METHODE**

### **1- Cadre d'étude :**

Notre étude s'est déroulée au service de gynéco-obstétrique de l'EHS (établissement hospitalier spécialisé) mère - enfant de TLEMCEN -Le service de gynécologie obstétrique EHST est un bâtiment avec Un rez de chaussée et 02 étages :

Le rez de chaussée se compose de deux tranches :

- La première comporte les salles de consultation : une pour les consultations quotidiennes et interservices, une autre d'admission dans le cadre d'urgence, une salle de consultations d'oncologie à côté d'une salle des sages-femmes. Cette tranche contient aussi une chambre des internes, un secrétariat, un laboratoire de service, une salle d'attente et des sanitaires.

- La deuxième tranche est constituée d'un bloc d'accouchement un bloc opératoire avec 03 sous unités (bloc A B C) en plus d'une salle de réveil et une autre de réanimation.

- Les deux tranches sont séparées par un grand espace d'accueil et de réception.

Au 1er étage : se trouvent deux unités : les suites de couches et la gynécologie

- A L'unité des suites de couche se déroule le suivi de la grossesse du travail, mais aussi la surveillance du post partum.

- A l'unité de gynécologie s'effectue l'hospitalisation des femmes enceintes ou non pour plusieurs indications (menace d'accouchement prématuré <22 semaines, grossesse molaires, vomissements incoercibles sur grossesse, cancers gynécologiques, fibromes...)

Au 2eme étage :se trouve aussi deux unités : la grossesse à haut risque et le post opératoire

-Grossesse à haut risque est une unité d'hospitalisation des femmes enceintes porteuses de pathologies associées menaçante la grossesse semaines type HTA, diabète cardiopathies, anémies...

-Le post opératoire est une unité d'hospitalisation des femmes subissant des interventions chirurgicales (césariennes, patey...) pour leurs conférer les soins nécessaires.

-Le service reçoit toutes les urgences obstétricales et de gynécologie provenant des structures de santé avoisinantes et prend en charge les évacuations des différentes communes de la wilaya de TLEMSEN.

-La journée commence à 8 heures par le compte rendu de la garde suivi de la visite des malades hospitalisées.

## **2- Type d'étude :**

Notre travail était une étude rétrospective, descriptive

## **3- Période d'étude :**

**Notre étude s'est déroulée du 15 MARS au 31 décembre 2018**

## **4- Population d'étude :**

Ensemble des femmes enceintes qui avaient accouché dans le service pendant la période d'étude.

## **5- Echantillonnage :**

### **a) Critères d'inclusion :**

A été incluse dans notre étude toute parturiente ayant un utérus porteur d'une ou plusieurs cicatrices, qu'il s'agisse :

- De cicatrices post-césariennes,
- Myomectomie,
- Post-rupture utérine

Venue accoucher dans le service du 15/03/2018 au 31/12/2018 et dont le dossier était complet et exploitable.

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

- Les utérus non cicatriciels
- Les cas d'accouchements à domicile
- Les cas de dossiers non exploitables

### **c) Taille de l'échantillon :**

Sur un total de 4355 accouchements, 320 portaient au moins une cicatrice utérine.

## **6- Variables étudiées**

Les variables suivantes ont été étudiées : âge, gastrite et parité, nombre de curetage et avortement après césarienne, espace inter gènesique, nombre d'enfants vivants, nombre et type de cicatrice antérieure, suites opératoires de la césarienne antérieure, indication de césarienne antérieure, statut matrimonial, nombre de cicatrice utérine, terme, dilatation du col, PDE, activité cardiaque, la présentation, pathologies associées, la conduite obstétricale adoptée à l'admission, indication de césarienne, état maternel (suites opératoires e pos partum), état foetal (poids, APGAR, vitalité de l'enfant).

## **7- SUPPORTS DES DONNEES**

Les documents suivants ont servi de supports des données :

- Registre d'accouchement.

- Registre de césarienne.
- Dossiers obstétricaux.
- Registre de compte rendu opératoire.
- Registre de décès périnatal.

### **8- Saisie et analyse des données**

- Les données ont été analysées sur le logiciel Epi-info version 7 de l'OMS. Et un logiciel EXCEL
- La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Word.

### **9- Les difficultés rencontrées :**

- Manque d'informations portant sur la ou les césariennes antérieures
- Le faible niveau d'instruction de la population certainement en rapport avec un taux élevé de patientes non instruites.

### **Définitions opératoires :**

**L'accouchement** : c'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint un âge théorique de 28 SA.

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

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

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

**Utérus cicatriciel** : C'est un utérus porteur en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, d'une ou de plusieurs cicatrices myométriales à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme.

**Bon état de la cicatrice** : cicatrice souple, avec berges réguliers **Mauvais état de la cicatrice** : cicatrice chéloïde, fibreuse, dure **Venue d'elle-même** : gestantes ou parturientes ou accouchées admises directement dans le service sans passer par un autre centre.

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

**Evacuation** : référence réalisée dans un contexte d'urgence.

**Transfert** : C'est l'orientation d'une patiente d'un service à un autre dans le même établissement sanitaire ou ailleurs.

**Pronostic materno- foetal** : Nous entendons par pronostic materno- foetal l'issue de l'accouchement pour la mère et le foetus en terme de mortalité et de morbidité.

- Grossesses non suivies : Femme n'ayant fait aucune consultation prénatale.
- Gestité : C'est le nombre de grossesse chez la femme.

**Primigeste** : première grossesse,

**Paucigeste** : 2 à 3 grossesses,

**Multigeste** : > 3 grossesses,

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

**Nullipare** : zéro accouchement,

**Primipare** : un accouchement,

**Paucipare** : deux à trois accouchements,

Multipare : > 3 accouchements,

- Apgar : méthode d'évaluation globale de l'état d'un enfant à la naissance

0 : mort-né

1 à 3 : état de mort apparent

4 à 7 : état morbide

> 8 : bon état post natal.

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

Intervalle Inter Génésique court : IIG < 24 mois

Primipare âgée: primipare de plus de 37ans

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

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

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





# DISCUSSION

## 1) Fréquence des utérus cicatriciels

Le taux de césarienne n'a pas cessé d'augmenter ces dernières années, entraînant une élévation de l'incidence de l'utérus cicatriciel.

L'opération césarienne, initialement considérée comme un geste de sauvetage, est devenue une pratique de sécurité, dont les deux principales indications sont l'utérus cicatriciel et la dystocie.

Elle a certainement contribué à la diminution de la mortalité et de la morbidité périnatale, cependant, même si le taux de mortalité maternelle imputable à la césarienne est faible (3/10000 naissance), il reste 2 à 4 fois supérieur à celui de l'accouchement par voie basse.

Devant cette évolution inflationniste des taux de césarienne, l'organisation mondiale de la santé recommande un taux de césarienne inférieur à 15%.

Nous avons comparé notre incidence d'utérus cicatriciel avec celles de la littérature qui varient entre 0.97 % et 13.6 %.

## **I. Modalités d'Accouchement**

### **II. 1- Accouchement par voie basse :**

L'étude des séries de la littérature montre des résultats assez disparates. L'épreuve utérine est autorisée dans 27.8% à 88.2%, et sa réussite varie entre 45% et 92.5%.

La disparité des résultats rapportés dans la littérature est due à la différence des conditions médicales, et à l'absence d'une attitude homogène entre obstétriciens devant un accouchement sur utérus cicatriciel.

Aux USA, on a constaté une diminution récente des accouchements par voie basse passant de 28.3 % en 1996 à 12.6 % en 2002 après la publication d'études rapportant des taux élevées de rupture utérine (17). 86

Cette régression impose selon Varma (39) la collaboration entre les obstétriciens pour la mise en point et en urgence d'une stratégie homogène concernant les accouchements par voie basse en présence d'un utérus cicatriciel

Dans notre étude, l'épreuve utérine a été autorisée chez, 320 parturientes, soit à un taux de 7.35% de l'ensemble des utérus cicatriciels.

Le déroulement de travail a permis l'accouchement par voie basse chez 65 parturientes, soit un taux de succès de l'épreuve utérine de 20%.

### **11-2- Accouchement par voie haute**

Certains auteurs indiquent la césarienne prophylactique devant l'existence de certains paramètres qu'ils considèrent comme étant des contre-indications formelles à l'épreuve utérine:

- Cicatrice multiple.
- Cicatrice corporelle.
- -Rupture utérine.
- Présentation irrégulière.
- Délai inter génésique inférieur à 1 an.
- Sur distension utérine.
- Placenta prævia.
- Suites opératoires fébriles.

D'autres auteurs ont, par contre, essayé de démontrer que la présence de certains de ces paramètres ne peut contre-indiquer l'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel

Le taux global d'accouchement par césarienne dans notre série est de 225 parturientes, soit 80%, dont 10 parturientes (4,37%) après échec de l'épreuve utérine et 145 parturientes (57%) ayant eu une césarienne élective.

## **III. Les facteurs influençant la qualité de la cicatrice Utérine :**

### **III-1- Age**

Pour tous les auteurs, l'utérus peut devenir le siège d'une dégénérescence fibreuse chez les femmes âgées, l'âge à lui seul n'a pas d'influence sur la qualité de la cicatrice utérine sauf par le biais de la parité

### **III-2- Parité**

La multiparité est considérée comme un facteur fragilisant de la cicatrice utérine, en effet des travaux histologiques pratiques chez des parturientes montrent une prédominance du tissu fibreux gênant la cicatrisation d'hystérotomie et donc peut être à l'origine de rupture utérine

Par ailleurs, d'autres auteurs) pensent que l'accouchement

Par voie basse sera plus facile chez les patientes qui ont accouché par

Voie naturelle avant et/ou après leurs césariennes.

### **III-3- Nombre des césariennes antérieures**

Ce paramètre est encore un sujet de discussion, de nombreux auteurs proposent une césarienne prophylactique quand il y a lieu plus d'une cicatrice utérine, alors que les autres auteurs acceptent la tentative d'accouchement par voie basse et ne notent pas d'influence sur le nombre de rupture utérine et de déhiscences

MELLER n'accepte l'épreuve utérine sur utérus multi cicatriciel.

qu'en cas de travail spontané avec une dilatation avancée et de très bonnes conditions mécaniques, ce qui est encore l'attitude de notre service puisque dans notre série, aucun accouchement par voie basse n'a été tenté sur un utérus multi cicatriciel.

### **III-4- Nature de la cicatrice antérieure**

Deux types de cicatrices de césarienne s'opposent par leur qualité, leur pronostic et leur influence sur le mode d'accouchement ultérieur:

#### **II 1-4-2 Cicatrices corporéales**

On en rapprochera selon les données de la littérature, les cicatrices segmento-corporéales ainsi que les cicatrices de mini-césarienne, ces cicatrices considérées comme fragiles présentent un risque de 6 et 33% de ruptures utérines graves imposant une césarienne prophylactique mais ces cas sont devenus exceptionnels.

#### **111-4-2- Cicatrices segmentaires**

Sont jugées solides, le risque de rupture utérine lié à ce type de cicatrice est estimé à 0,2-0,8% pour plusieurs auteurs. En effet, depuis la généralisation de l'hystérotomie segmentaire transversale, la symptomatologie de la rupture utérine sur utérus cicatriciel est devenue moins brillante avec comme corollaire une diminution importante de la morbidité et la mortalité materno-foetales.

C'est cette constatation qui a permis d'envisager l'épreuve utérine chez les patientes antérieurement césarisées

Les cicatrices de césariennes segmentaires verticales n'exposent pas à un risque supérieur à celui des cicatrices segmentaires transversales Les cicatrices gynécologiques, qu'il s'agisse de cicatrice de myomectomie ou de cicatrice d'hystéroplastie, sont par définition corporéales mais pratiquées en dehors de la grossesse, elles sont de qualité suffisante pour autoriser la voie basse.

#### **111-5- Antécédents d'accouchement par voie basse**

Le fait d'avoir déjà accouché une fois ou plus par voie basse, reste pour un grand nombre d'auteurs un des facteurs prédictifs les plus fiables pour un nouvel accouchement normal.

Il y a une similitude de fonctionnement entre les utérus des patientes antérieurement césarisées n'ayant jamais accouché par voie basse et ceux des multipares.

#### **III-6- Curetages survenus dans l'inter gestation**

Ont été considérés comme facteurs habituels de fragilisation de la cicatrice utérine par certains auteurs du fait de leur rôle néfaste sur le muscle utérin et de la fréquence de la perforation utérine. L'attitude récente adoptée par la plupart des auteurs (96,140) ; en cas de curetages survenus dans l'inter gestation, est de tenter l'épreuve utérine s'il n'y a aucune contre-indication à celle-ci.

Dans notre série, nous n'avons relevé aucun cas de rupture ou déhiscence de la cicatrice lorsqu'il existe un antécédent de curetage postérieur à la césarienne et donc, ce paramètre n'a pas d'influence sur la modalité de l'accouchement.

Alors qu'on a noté 3 cas de rupture utérine soit 2,09% lors de la révision utérine chez le groupe d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel contre 6 cas de déhiscence de la cicatrice ont été révélés lors de cette révision chez le même groupe.

### **III-7- Etat du bassin**

Concernant le mode d'accouchement, la césarienne prophylactique demeure la seule voie d'accouchement en cas de bassin rétréci, alors que la conduite à tenir devant un bassin limite dépend essentiellement des données de la confrontation céphalo-pelvienne. Dans notre série (service) : devant tout bassin suspect cliniquement ou bassin rétréci avec utérus cicatriciel on préconise une césarienne.

### **III- 8- Placenta prævia**

Il est essentiel de rappeler qu'un placenta antérieur bas inséré chez

Une femme déjà césarisée ne doit jamais être considérée comme un

Placenta bas inséré banal, étant donné son risque élevé et ses

Conséquences hémorragiques parfois désastreuses

Dans notre série, la césarienne a été indiquée dans 6 cas pour placenta

Prævia.

Ainsi, la césarienne devant un placenta prævia sur utérus cicatriciel garde toujours sa validité obstétricale

## **IV. Facteurs fragilisant la cicatrice utérine**

### **IV.1- Surdistension utérine**

La Surdistension utérine est considérée de manière générale comme une cause de fragilisation de la cicatrice utérine, ainsi l'association de l'un des éléments suivants à un utérus cicatriciel autorise l'accouchement par césarienne prophylactique: macrosomie, hydramnios ou grossesse gémellaire.

Dans notre série, nous avons recensé 24 microsomes (> 4500g) dont soit 5,89% par césarienne; on a pu relever aussi 5 grossesses gémellaires, soit un pourcentage de 1,22% des césariennes prophylactiques.

#### **IV. 2- Présentation du siège**

Etant donné que les manœuvres d'extraction du siège sur utérus cicatriciel constituent un facteur de risque de rupture utérine. L'attitude communément admise devant l'association d'un utérus cicatriciel et d'une présentation de siège est la réalisation d'une césarienne itérative systématique

Cependant, cette opinion n'a pas été acceptée par la plupart des auteurs, certaines études rapportent de bons résultats avec un faible taux de complication).

Dans notre série, nous avons recensé 38 cas de présentation siège soit un pourcentage de 9,33% après une sélection rigoureuse des parturientes ayant un utérus cicatriciel avec une présentation de siège.

#### **IV.3- Accouchement intercalaire**

Certains auteurs estiment que chaque accouchement par voie basse supplémentaire augmente le risque de rupture utérine; d'autres pensent que c'est un élément de bon pronostic.

Il en découle que lors de la tentative de l'épreuve utérine chez ces parturientes, une surveillance stricte du travail s'impose de même qu'une révision utérine systématique après chaque accouchement afin de déceler une éventuelle désunion de la cicatrice utérine

Ainsi VERONIQUE note 5,9% de déhiscences, chez les femmes ayant accouché plusieurs fois après une césarienne contre 5,4% quand il s'agit du premier accouchement après césarienne.

Pour notre part, nous n'avons pas noté de déhiscence survenue après l'interposition d'une ou de plusieurs accouchements par voie basse.

#### **IV-4- Manoeoeoeoeuvres obstétricales**

Les manœuvres de version pendant la grossesse par voie externe ou lors du travail par voie interne sont récusées par de nombreux auteurs sauf cas d'exception

Pour nous, aucun cas de version par manœuvre interne n'a été réalisé.

## **V.Evaluation de la cicatrice utérine**

A travers les facteurs dits « de risque» que nous venons d'étudier : il faut tenter de dresser une stratégie pour évaluer la qualité de la cicatrice en vue des accouchements ultérieurs.

### **V.1- Etape clinique**

#### V-1-1 Anamnèse

- L'age :
- La multiparité :

La fragilisation de l'utérus chez les grandes multipares en prouve la bonne cicatrisation.

- Le nombre des césariennes antérieures :

Il est décrit que le risque de rupture utérine augmente avec le nombre des césariennes antérieures.

- Le délai entre la césarienne antérieure et la gestation actuelle:

Pour RUIZVLASCO un délai court inférieur à 1 an fragilise la cicatrice utérine et favoriserait sa rupture.

- Notion de curetage après la césarienne antérieure.
- Notion de rupture prématurée des membranes.
- Notion d'une épreuve utérine dépassant 12 heures.
- Le compte-rendu opératoire, lorsqu'il mentionne une césarienne corporéale; des complications hémorragiques et des difficultés de sutures.



- Les suites opératoires fébriles de la césarienne antérieure.

## **V. 1-2- Examen clinique**

L'examen clinique doit être complet pour guetter la moindre anomalie du bassin et en l'occurrence une sur distension utérine.

### **V-1-2-1- Révision utérine**

Dans notre série, la pratique de la révision utérine a été systématique après accouchement par voie basse pour explorer l'intégrité de la cicatrice antérieure. Cette révision utérine a révélé la présence de 3 ruptures utérines soit 2,10% et 6 déhiscences de la cicatrice.

Cependant le recours à la révision utérine systématique après l'accouchement par voie basse est actuellement remis en question par la plupart des auteurs; car les vraies ruptures utérines sont symptomatiques, et par conséquent l'intérêt de la révision utérine systématique réside dans le dépistage des déhiscences asymptomatiques.

Du point de vue de MARIA et CAMUS il s'agit d'un geste invasif, nécessitant une anesthésie et exposant et un risque infectieux non négligeable:

la révision utérine est donc déconseillée, elle doit être pratiquée sur signes d'appel d'hémorragie et douleurs persistantes

## **V-2- Etape para clinique**

Certains examens para cliniques sont réalisés soit avant, soit pendant la grossesse dans un but d'apprécier objectivement la qualité de la cicatrice utérine pour aboutir-il une synthèse clinico-radiologique qui oriente la conduite obstétricale.

### **V-2-1- Avant la grossesse**

#### **V-2-1-1- Hystérogaphie**

Dans la littérature, l'hystérogaphie doit être pratique au moins 6 mois après l'incision, la classification la plus utilisée est celle de THOULON:

- Groupe I : cicatrice invisible.
- Groupe II : petite déformation < 4mm.
- Groupe III : amincissement pariétal avec image d'addition de 4 à 6mm
- Groupe IV : déformation importante (supérieure il 6mm) et morphologiquement inquiétante (diverticule, fistule).

Les deux premiers groupes correspondent à des cicatrices solides, alors que les deux derniers sont des cicatrices défectueuses pour lesquelles on pourra proposer une césarienne prophylactique lors de la prochaine grossesse.

Dans notre série, aucune patiente n'avait bénéficié de cet examen au cours de la surveillance post-césarienne.

V-2-2- Pendant la grossesse

V-2-2-1- Echographie obstétricale

Les indications et les renseignements apportés par l'échographie obstétricale dans l'utérus cicatriciel sont similaires à ceux dans l'utérus intact.

Ainsi, l'échographie obstétricale enfin de grossesse, est quasi systématique, elle renseigne sur le nombre de foetus, l'estimation du poids de foetus, la présentation et les mensurations foetales, et aussi sur l'insertion placentaire.

Récemment, l'apport de l'échographie a été étudié et la mesure de l'épaisseur du segment inférieur semble avoir une bonne valeur dans l'évaluation de la solidité de la cicatrice

C'est également le point de vue de ROSENBERG qui pense que dans des situations obstétricales difficiles, l'examen échographique du segment inférieur devrait aider le praticien à choisir les patientes les plus appropriées pour lesquelles l'épreuve utérine pourrait être proposée (quand l'épaisseur échographique du segment inférieur est  $\geq 3,5$ mm).

En effet, dans une étude portant sur la réalisation de l'échographie pour étudier le segment inférieur chez 642 patientes ayant un utérus cicatriciel, les auteurs

ont montré que le risque de cicatrice défectueuse était directement corrélé au degré de minceur du segment inférieur aux alentours de 37 semaines d'aménorrhée, avec un seuil de 3,5mm, la sensibilité de la mesure échographique a été de 88%, la spécificité de 73,2%, la valeur prédictive positive de 11,8% et la valeur prédictive négative de 99,3%. La valeur prédictive négative de cette méthode.

Devrait donc encourager l'épreuve utérine quand l'épaisseur du segment inférieur est 3,5mm.

En revanche, la valeur prédictive positive étant faible, l'échographie ne doit pas être utilisée pour sélectionner des patientes à qui une césarienne itérative de principe pourrait être proposée, mais doit constituer une incitation supplémentaire à la prudence

## **VI. Déroulement du travail**

Autoriser l'épreuve utérine aux parturientes porteuses d'un utéruscicatriciel apparaît une disposition raisonnable, surtout s'il existe un antécédent d'accouchement par voie basse et à condition de s'entourer des précautions nécessaires afin de dépister la moindre complication.

Les signes de rupture sont bien connus. Ce sont classiquement une douleur permanente, associée à une hémorragie génitale souvent minime et à une anomalie du rythme cardiaque foetal. Plus difficiles à diagnostiquer seront les signes de déhiscence de la cicatrice, elles peuvent se manifester par une douleur au niveau de la cicatrice pendant ou en dehors des contractions, cette douleur n'est pas en fait spécifique et il n'est pas rare d'effectuer une césarienne pour déhiscence de la cicatrice et de trouver une cicatrice normale. Cependant, un bloc opératoire doit être toujours disponible afin de césarienne itérative à la moindre alerte, pouvoir pratiquer la

### **VI-I- Antispasmodiques**

L'indication des antispasmodiques est large pour réaliser un accouchement au minimum de puissance, certains auteurs rejettent les antispasmodiques majeurs type Péthidine du fait du risque de masquer les signes d'une éventuelle rupture utérine

Cette attitude paraît abusive pour DELARUE car c'est souvent se priver de moyens thérapeutiques utiles dans des situations difficiles et il faut d'autre part tenir compte de la rareté du rupture Dans notre série, l'emploi des antispasmodiques est noté dans 2,11% des cas. Sachant que dans la majorité des cas les antispasmodiques ne sont pas

Mentionnés dans les dossiers.

## **VI. 2- Ocytociques**

Les ocytociques ont été accusés de favoriser l'augmentation du risque de déhiscences cicatricielles ainsi que la diminution des chances d'accouchement par voie basse en cas d'épreuve dynamique, ainsi ils ont été contre-indiqués par certains auteurs Récemment, plusieurs travaux réalisés ont montré que l'utilisation des ocytociques, indispensables pour traiter les dystocies dynamiques ou pour diriger le travail, est sans conséquences sur le taux des déhiscences et des ruptures Dans notre étude, les ocytociques ont été indiqués dans 8,46% des cas des accouchements par voie basse pour activer le travail.

## **VI. 3- Anesthésie péridurale**

La crainte que l'utilisation de l'analgésie locorégionale chez une parturiente antérieurement césarisée puisse masquer un syndrome douloureux évocateur de rupture utérine a souvent été mise en question. ROSENBERG note que l'utilisation de l'analgésie péridurale ne retarde pas le diagnostic de rupture et ne diminue pas les chances de succès d'une épreuve utérine. Les principaux signes de rupture utérine (changement brutal du bruit cardiaque fœtal ou de la pression utérine, hémorragie) peuvent être détectés en dépit de la diminution de la perception de la douleur. Selon CHARRAT l'analgésie péridurale est une

technique adaptée à l'épreuve utérine à condition de respecter certains impératifs:

La sélection précise des candidates et l'épreuve utérine associée à la surveillance rigoureuse, pendant le travail, des paramètres hémodynamiques maternels et fœtaux et de l'activité utérine par tocométrie interne.

L'emploi raisonné des ocytociques lorsque ceux-ci sont nécessaires.

Le contrôle strict des doses en fonction du statut obstétrical.

Dans notre série, l'analgésie péridurale n'a pas été utilisée.

## **VII. Bilan maternel**

VII-1- Groupe de femmes ayant eu une césarienne itérative.

VII-1-1- Complications peropératoires.

VII-1-1-1- Hémorragiques.

Les complications hémorragiques sont souvent en rapport avec l'une des circonstances suivantes : atonie utérine, placenta prævia, elles sont favorisées par la multiparité, la sur distension utérine, le travail prolongé et les thérapeutiques utéro relaxantes

Dans notre série nous avons noté 2 fusions cicatricielles. Chez des patientes multipares, cette spoliation sanguine a nécessité chez une patiente grande multipare, une hystérectomie d'hémostase interannexielle subtotale pour sauvetage maternel.

VII-1-1-2- Urinaires

Elle concerne essentiellement la vessie même sondée, lors de l'ouverture péritonéale, du décollement vésico-utérine ou lors de l'incision segmento-corporéale verticale. Le risque est plus fréquent après césarienne itérative car la vessie était souvent accensionnée lors de la césarienne antérieure et fixée par les

adhérences utéro-vésico- pariétales qui gêneraient l'acte opératoire. En effet, PAUL cité par BOULA WGER observait un taux de plaie de vessie de 0,3% se répartissant en 0,2% lors de la première césarienne et 0,60% au cours d'une césarienne itérative

Dans notre étude, heureusement aucun cas de plaie vésicale n'a été relevé.

#### VII-1-1-3- Intestinales

Accident rare, favorisé par la présence d'adhérences à la paroi ou à L'utérus  
Dans notre étude, aucun cas n'a été noté.

#### VII-1-2- Complications postopératoires

Bien qu'elles ne soient pas spécifiques de cependant elles méritent d'être traitées.

##### VII-1-2-1- Complications infectieuses

Ce sont les plus fréquentes, puisque leur taux dans notre série est de 5,51%. Cependant, la complication la plus redoutable car elle fragilise la cicatrice utérine et l'expose au rupture utérine, reste malheureusement fréquente, dans la littérature son taux varie entre 1,9 et 30% dans notre série, les complications infectieuses sont de 8,53%. En effet, cette augmentation était liée à un travail prolongé, rupture prématurée de membrane, anémie, obésité maternelle, le bas niveau socioéconomique, l'utilisation d'un monitoring interne et avec l'urgence de la césarienne.

L'évolution de ces complications infectieuses et le plus souvent favorable, mais dans certains cas, l'antibiothérapie se révèle inefficace et donc l'évolution se fait vers septicémie.

Il nous semble impératif d'insister sur la prévention qui passe tout d'abord par la lutte contre les facteurs favorisant et le respect des règles de l'asepsie ainsi que le traitement des tares qui peuvent affaiblir l'état immunitaire de la parturiente

## VII-2- Groupe des parturientes ayant un accouchement par voie Basse

### VII-2-1- Morbidité

Le bilan est dans l'ensemble favorable, nous avons déploré 5 cas d'hémorragies de la délivrance rapidement contrôlées, 6 cas déhiscences de la cicatrice et 3 cas de ruptures utérines.

#### VII-2-1-1- Ruptures et déhiscences utérines

##### - La rupture utérine

La rupture utérine est le risque majeur de la grossesse et de l'accouchement sur utérus cicatriciel, et c'est souvent la crainte de sa survenue qui fait récuser la tentative d'accouchement par voie basse. De nombreuses études ont noté que le risque de rupture utérine sur utérus cicatriciel augmente avec l'augmentation de la tentative d'accouchement par voie basse. Cette constatation a entraîné plus de prudence de la part des obstétriciens dans l'acceptation de l'épreuve utérine chez les parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel, et par conséquent l'augmentation du taux de césarienne. Mais plusieurs auteurs) trouvent que cet incident est plus fréquent pour le groupe échec d'épreuve utérine par rapport à celui de succès de l'épreuve utérine et que le risque absolu reste faible pour les deux groupes épreuve de travail et césarienne élective. Hibbard note que le risque de rupture utérine est 9 fois plus important pour le groupe échec d'épreuve utérine par rapport à celui de succès de l'épreuve utérine.

Gregory trouve que c'est le groupe « succès de l'épreuve utérine » qui a le moindre risque de rupture utérine, suivi du groupe « césarienne élective », puis le groupe échec de voie basse. Zeteroglu constate que l'utérus cicatriciel est l'étiologie la plus commune des ruptures utérines, mais non la plus fréquente, car 55 % des ruptures utérines découvertes pendant une étude de 8 ans sont survenues sur un utérus intact. Il note, en plus que les lésions anatomiques de

rupture utérine sur utérus cicatriciel sont moins délabrantes et moins hémorragiques que celles sur utérus initialement sain.

Ofir note, pour sa part qu'il n'y a pas de différence concernant le pronostic materno-foetal au cours des ruptures utérines entre l'utérus cicatriciel et l'utérus intact.

Neuhaus trouve que le taux élevé de succès de la voie basse (86% des épreuves utérines), associé à des taux bas de ruptures utérines peut être attribué à l'attitude défensive de son équipe obstétricale imposant la césarienne devant tout " tableau de rupture utérine imminente".

Le risque majeur que représente la rupture utérine lors de l'accouchement sur utérus cicatriciel a poussé les obstétriciens à élaborer des moyens pour la prédiction de ce risque autres que cliniques qui ne sont présents que lorsque la rupture est en cours. Dans ce cadre, plusieurs auteurs ont insisté sur la valeur des anomalies du rythme cardiaque précédant souvent la rupture (4, 8,12, 28). Gotoh (16), Rosenberg et Hebisch trouvent que la mesure de l'épaisseur du segment inférieur est une méthode plus efficace pour la sélection et la surveillance des parturientes à grand risque. Mizunoya considère que la mesure de pression intra-utérine est un moyen fiable pour la prédiction d'une rupture utérine imminente.

Dans notre série, la révision utérine faite chez les parturientes qui ont réussi l'épreuve utérine a décelé 3 cas de rupture utérine soit 2,10%.

Les suites opératoires chez toutes ces parturientes étaient simples, et aucune d'elles n'a nécessité d'hystérectomie.

Nos taux semblent en accord avec ceux rapportés dans la littérature (tableau XXXV).

- Déhiscences cicatricielles :



De nos jours, il semble préférable de distinguer les ruptures symptomatiques sanctionnées par un geste chirurgical, souvent en urgence, des ruptures asymptomatiques, également appelées ruptures sous-péritonéales ou déhiscences, de découverte le plus souvent fortuite lors de la révision utérine, ou lors de césariennes itératives ou en urgence. Plusieurs auteurs (24, 26,151) notent des taux plus importants des déhiscences par rapport aux ruptures utérines, mais une moindre morbidité materno-foetale. Ils s'accordent à dire que la déhiscence ne doit être suturée que s'il existe une hémorragie et, dans ce cas, le doute avec une rupture utérine doit faire pratiquer la révision du segment inférieur.

Dans notre série, nous avons noté un taux total de déhiscence égal à 8%. Aucune mortalité périnatale n'a été due à ces déhiscences.

<b>Auteur</b>	<b>Année</b>	<b>%</b>
Lydonrochel	1996	0.45%
MC MAHON	1996	0.36
CISSE	1997	0.2%
HINNAND	1998	0%
GEORGE	1998	0.8%
SPAANS	1998	3%
LANDON	2002	0%
MAROC	2007	2.10%
Notre étude	2018	9 %

### **VII-2-2- Mortalité**

Dans notre série, nous n'avons noté aucun cas de mortalité maternelle après épreuve utérine.

Pour ROSENBERG , le taux de mortalité maternelle a été de 2,8 pour 10 000 après épreuve utérine (1 cas du à une embolie pulmonaire) et de 2,4 pour 10 000 après césarienne prophylactique (1 cas du à un placenta accréta), alors que pour

MILLER; la mortalité maternelle a été liée à la rupture utérine dans 7,9 pour 100 000 épreuves utérines.

Par conséquent, le décès maternel ne semble que très rarement imputable à une anomalie de la cicatrice.

Plusieurs auteurs soulignent que la mortalité maternelle par rupture d'utérus cicatriciel est devenue faible voire même nulle depuis la généralisation des cicatrices segmentaires. Elle est due essentiellement à des causes infectieuses et à des accidents hémorragiques.

## **VII/Bilan foetal**

### **VIII-1- Mortalité foetale**

07 décès foetaux furent déplorés dans notre série, correspondant à une mortalité globale de 1.7% et ceci est dû à la prématurité, l'infection néonatale et la souffrance foetale.

Notre taux est dans les normes selon la littérature : DELARY a relevé une mortalité néonatale de 2,40%, PETER 2,6%; PICAUD 1,6% et CHAOUI 7,36%.

En effet; cette diversité s'explique par la meilleure prise en charge des grossesses dites « à risque» dans les pays médicalisés ou existe une étroite collaboration entre l'obstétricien et le néonatalogie.

### **VIII-2- Morbidité foetale**

#### **Terme**

Pour POULAIN la prématurité représente 5% des naissances, elle est responsable de plus de 75% de la mortalité périnatale, ainsi l'augmentation du risque de prématurité chez les femmes porteuses d'une cicatrice utérine de césarienne est rejetée par des autres comme DELARUE. Nous avons colligé dans notre étude 56 cas soit 12.8 % accouchements prématurés.

## **Poids de naissance**

Pour la plupart des auteurs, il n'y a pas de corrélation entre le poids à la naissance et la voie d'accouchement.

Dans notre travail, les répartitions des poids fœtaux après césarienne itérative et après accouchement par voie basse sont le suivant on note 55 cas de macrosomies soit 14.7 % après césarienne et contre aucun cas de microsomes

## **Score d'Apgar**

Certains auteurs comme DELARUE soulignent que le pourcentage d'enfants déprimés (Apgar inférieur à 7) est plus important (14,2%) dans le groupe des enfants nés après césarienne que dans le groupe d'enfants nés après accouchement par voie naturelle (7,9%). Ainsi nos résultats sont différents de ceux de la littérature puisqu'on a noté un Apgar inférieur à 7 à la 5ème minute de vie extra uterine chez 09 nouveaux nés issus de la voie basse contre 05 de la voie haute.

Nous pensons comme la majorité des auteurs que le score d'Apgar n'est pas liée uniquement à la césarienne mais aussi au terrain pathologique dans lequel se trouve le fœtus.

Pour la morbidité néonatale liée à la césarienne, de nombreux auteurs soulèvent le risque de détresse respiratoire, essentiellement représenté par la tachypnée transitoire, l'inhalation du liquide amniotique et la maladie des membranes hyalines.

## **Conclusion**

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

La rupture utérine est une complication majeure avec un taux de mortalité non négligeable et un pronostic catastrophique. L'information des patientes sur la nécessité d'une nouvelle césarienne est à améliorer, la sensibilisation du personnel soignant en périphérie est à développer car plus des trois quarts des césariennes itératives sont faites en urgence par défaut de programmation.





