

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية
الشعبية

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان -

Université Aboubakr Belkaïd – Tlemcen –

Département de médecine

L'EHS (ETABLISSEMENT HOSPITALIE SPECIALISE)

Mere et enfant

Tlemcen



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Sous la direction de :

Pr OUALI Mouhammed

Présenté Par : - DOUMANE Fatima

- AILAS Ikram

Accouchement sur utérus cicatriciel

Année universitaire : 2020-2021

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية
الشعبية

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان

Université Aboubakr Belkaïd – Tlemcen –

Département de médecine

MEMOIRE DE FUN D'ETUDES

Sous la direction de :

Pr OUALI Mouhammed

Présenté Par : - DOUMANE Fatima

- AILAS Ikram

Accouchement sur utérus cicatriciel

Année universitaire : 2020-2021

Le serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

REMECIEMENTS

*Nos remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui ont
contribué à*

la réussite de ce travail, en particulier à :

- ✓ *DIEU le clément qui nous a donné le courage et la patience
de
mener à bien ce travail*
- ✓ *Nos familles pour leur soutien et encouragements...*
- ✓ *L'encadreur de notre mémoire de fin d'études : Pr.OUALI*
 - ✓ *L'ensemble des enseignants qui nous ont transmis
l'information*
- ✓ *Tous nos chers amis et collègues à l'université de médecine
Aboubekr BELKAID*
- ✓ *Et tous ce qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration
de ce modeste fruit.*

Liste Des Abbreviations

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists.

Acct : Accouchement

ATCD : Antécédents.

AVB : Accouchement par voie basse.

AVBAC: Accouchement par voie basse après césarienne.

BCF : Bruits cardiaques fœtaux.

CZ : Césarienne.

DDR : Date des dernières règles.

DDT : Dépassement de terme.

DEDC : Défaut d'engagement à dilatation complète.

DFP : Disproportion foetopelvienne

DIG : Délai inter génésique.

DRNN: Détresse respiratoire néonatale.

EDT : Epreuve du travail.

EU : Epreuve utérine.

ERCF : Enregistrement du rythme cardiaque fœtal.

GG : Grossesse gémellaire.

GHR : Grossesse à haut risque.

HRP : Hématome rétro placentaire.

HTAG: Hypertension artérielle gravidiques.

INN : Infection néonatale.

IRM : Imagerie par résonance magnétique.

LA : Liquide amniotique.

LAT : Liquide amniotique teinté.

MAP : Menace d'accouchement prématuré.

MFIU : Mort fœtale in utero.

N : Nombre.

PDE : Poche des eaux.

PG : Prostaglandines.

RAA : Rhumatisme articulaire aigu.

RCIU : Retard de croissance intra utérin.

RPM : Rupture prématuré des membranes.

Liste des Abréviations

RU : Rupture utérine.

SA : Semaine d'aménorrhée.

SFA : Souffrance fœtale aigue.

SNN : Souffrance néonatale.

SOGC : Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada

UC : Utérus cicatriciel.

VB : Voie basse.

VME : Version par manœuvre externe.

VS ou vs : Versus.

Liste des Tableaux

TABLEAU 1 : LES ACCOUCHEMENTS SUR UTERUS CICATRICIEL: MOTIF D'ADMISSION DES PARTURIENTES.....	23
TABLEAU 2 : MOTIF DE REFERENCE DES PARTURIENTES.....	24
TABLEAU 3 : NOMBRE TOTAL D'ACCOUCHEMENTS PAR VB.....	25
TABLEAU 4 : PATHOLOGIES MEDICALES.....	26
TABLEAU 5: PATHOLOGIES CHIRURGICALES.....	26
TABLEAU 6 : PATHOLOGIES OBSTETRIQUES.....	27
TABLEAU 7: NOMBRE DE CICATRICES ANTERIEURES.....	27
TABLEAU 8: NATURE DE LA CICATRICE.....	28
TABLEAU 9 : INDICATIONS PERMANENTES DES CESARIENNES.....	28
TABLEAU 10 : INDICATIONS ACCIDENTELLES DE LA CESARIENNE ANTERIEURE.....	29
TABLEAU 11 : ESPACE INTER GENESIQUE.....	30
TABLEAU 12 : TERME DE GROSSESSE.....	31
TABLEAU 13 : TYPE GHR.....	32
TABLEAU 14 : PHASE DU TRAVAIL A L'ADMISSION.....	32
TABLEAU 15 : TAILLE DES PARTURIENTES EN CM.....	33
TABLEAU 16 : LA HAUTEUR UTERINE A L'ADMISSION.....	33
TABLEAU 17 : LES BCF A L'ADMISSION.....	33
TABLEAU 18 : ETAT DU COL A L'ADMISSION.....	34
TABLEAU 19 : ETAT DES PDE A L'ADMISSION.....	34
TABLEAU 20 : ASPECT DU LA A L'ADMISSION.....	35
TABLEAU 21 : PRESENTATION FOETALE A L'ADMISSION.....	35
TABLEAU 22: ETAT DU BASSIN A L'ADMISSION.....	36
TABLEAU 23: RESULTATS DE L'ERCF.....	36
TABLEAU 24: DONNEES ECHOGRAPHIQUES.....	37
TABLEAU 25: MEDICATION REÇUE.....	39
TABLEAU 26: LES INCIDENTS.....	39
TABLEAU 27: USAGE D'INSTRUMENTS.....	40
TABLEAU 28 : TYPE DE DELIVRANCE.....	41
TABLEAU 29 : INDICATION DES CZ D'URGENCE.....	42
TABLEAU 30: LES CESARIENNES APRES ECHEC DE L'EPREUVE UTERINE.....	43
TABLEAU 31: INDICATIONS DES CZ PROPHYLACTIQUES.....	44

Liste des Tableaux

TABLEAU 32: MOMENT D'INDICATION DE LA CESARIENNE.	45
TABLEAU 33 : TYPE D'HYSTEROTOMIE.....	45
TABLEAU 34: L'ETAT LOCAL.....	46
TABLEAU 35: MODE D'EXTRACTION FETALE.	47
TABLEAU 36 : DIFFICULTE D'EXTRACTION FETALE.	47

Liste des Figures

FIGURE 1 : FREQUENCE GLOBALE DES UTERUS CICATRICIELS.....	22
FIGURE 2: REPARTITION SELON L'AGE DES PARTURIENTES	23
FIGURE 3 : REPARTITION SELON LA PARITE DES PARTURIENTES.	24
FIGURE 4 : REPARTITION SELON LES ATCDS D'ACCOUCHEMENT PAR VB.....	25
FIGURE 5 : REPARTITION SELON LES SUITES DE LA CZ ANTERIEURE.....	30
FIGURE 6 : MODE D'ACCOUCHEMENT SUR UTERUS CICATRICIELS.	38
FIGURE 7: REPARTITION SELON LE MODE D'EXPULSION.	40
FIGURE 8 : REPARTITION SELON LES RESULTATS DE LA REVISION UTERINE	41
FIGURE 9 : REPARTITION SELON L'ETAT DE LA CICATRICE DES FEMMES CESARISEES.....	46

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS	I
LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES.....	V
SOMMAIRE	VI
INTRODUCTION.....	1
DEFINITION DE L'UTERUS CICATRICIEL.....	2
HISTORIQUE DE L'UTERUS CICATRICIEL	3
LES TYPES DE CICATRICES UTERINES	5
I. LES CICATRICES OBSTETRIQUES.....	5
I.1. La cicatrice corporeale	5
I.2. La cicatrice segmentaire.....	5
I.2.1. Césarienne segmentaires transversale	5
I.2.2. Césarienne segmentaire verticale	5
I.3. Les cicatrices segmento-corporeales.....	6
I.4. La mini césarienne pour interruption de grossesse au 2 ^{ème} trimestre.....	6
I.5. Les cicatrices de ruptures utérines antérieures.....	6
I.6. Les perforation sutérines	6
II. LES CICATRICES GYNECOLOGIQUES.....	6
II.1. La cicatrice de myomectomie	6
II.2. La cicatrice d'hystéroplastie	7
II.3. Les cicatrices de résection de la portion interstitielle de la trompe dans les salpingectomies ou de réimplantation tubaire.....	7
EVOLUTION ANATOMOPATHOLOGIQUE DE LA CICATRISATION UTERINE..	8
APPRECIATION DE LA QUALITE DE LA CICATRICE	9
I. LES ELEMENTS EN CORRELATION AVEC LA PREMIERE CESARIENNE	9
I.1. Le type d'hystérotomie	9
I.1.1. Les cicatrices gynécologiques	9
I.1.2. Les cicatrices obstétricales	9
I.2. Antécédent d'accouchement par voie basse, et indication de césarienne antérieure 10	
I.3. Le scano-pelvimétrie.....	10

Sommaire

I.4.	La durée de travail lors de la 1 ^{ère} césarienne.....	11
I.5.	Les suites opératoires de la première césarienne	11
II.	LES ELEMENTS TENANT AU TERRAIN	11
II.1.	L'âge et la multiparité	11
II.2.	Utérus multi cicatriciel.....	11
III.	LES FACTEURS PRONOSTIQUES DANS L'INTERGESTATION	12
III.1.	Les accouchements intercalaires	12
III.2.	Les curetages intercalaires	12
III.3.	L'hystérographie.....	12
III.4.	L'hystérocopie	13
IV.	LES FACTEURS LIES A LA GROSSESSE EN COURS	13
IV.1.	Le délai entre la césarienne et la grossesse actuelle.....	13
IV.2.	L'insertion placentaire	13
IV.3.	La sur distension utérine	13
IV.3.1.	La grossesse multiple.....	13
IV.3.2.	La macrosomie fœtale	14
IV.3.3.	L'hydramnios	14
IV.4.	La présentation de siège.....	14
IV.5.	Les examens paracliniques.....	14
	LES RUPTURES UTERINES	16
I.	DEFINITION ET FREQUENCE	16
II.	LES MANIFESTATIONS CLINIQUES	17
II.1.	Les circonstances de découverte	17
II.2.	Etude de la symptomatologie.....	18
II.2.1.	Maternelles:.....	Erreur ! Signet non défini.
II.2.1.1.	Hémorragiques:.....	Erreur ! Signet non défini.
II.2.1.2.	Traumatiques :	18
II.2.1.3.	Infectieuses :	18
II.2.2.	Fœtales:	Erreur ! Signet non défini.
III.	AUTRES COMPLICATIONS DE LA CICATRICE UTERINE.....	18
III.1.	L'endométriose cicatricielle de la paroi abdominale.....	18
III.1.1.	Définition de l'endométriose externe:.....	18
III.1.2.	Cliniquement	18

Sommaire

III.1.3. Para cliniquement	19
III.1.3.1. L'Echographie	19
III.1.3.2. Biologie.....	19
III.1.4. Histologiquement :	19
III.2. Le syndrome de Youssef.....	19
III.2.1. Définition :.....	19
III.2.2. Sur le plan étiologique :.....	19
III.2.3. Cliniquement :	19
III.2.4. Les examens complémentaires:.....	20
III.2.4.1.1. L'épreuve au bleu deméthylène.....	20
III.2.5. Conclusion.....	20
PARTURIENTES & METHODES	21
I. PARTURIENTES D'ETUDE	21
II. METHODE D'ETUDE	21
RESULTATS	22
I. DONNEES GLOBALES.....	22
I.1. FREQUENCE GLOBALE	22
I.2. AGE DES PARTURIENTES	23
I.3. MOTIF D'ADMISSION.....	23
I.4. PARITE.....	24
I.5. ANTECEDENTS D'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE.....	25
I.6. ANTECEDENTS MATERNELS PATHOLOGIQUES.....	26
I.6.1. ATCDS médicaux :	26
I.6.2. ATCDS chirurgicaux.....	26
I.6.3. ATCDS obstétricaux	27
II. CICATRICE(S) ANTERIEURE(S)	27
II.1. NOMBRE DE CICATRICES	27
II.2. NATURE DES CICATRICES	28
II.3. INDICATION DE LA CESARIENNE ANTERIEURE	28
II.3.1. Causes permanentes	28
II.3.2. Causes accidentelles	28
II.3.3. Causes inconnues	29
II.4. SUITES OPERATOIRES DE LA CESARINNE ANTERIEURE.....	30
II.5. DELAI INTERGENESIQUE	30

Sommaire

III. LA GROSSESSE ACTUELLE	31
III.1. SUIVI DE GROSSESSE	31
III.2. AGE DE LA GROSSESSE ACTUELLE.....	31
III.3. PATHOLOGIES GRAVIDIQUES : GROSSESSES A HAUT RISQUE.....	31
IV. L'EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION.....	32
IV.1. LA PHASE DU TRAVAIL	32
IV.2. TAILLE DES PARTURIENTES	33
IV.3. HAUTEUR UTERINE	33
IV.4. BCF A L'ADMISSION	33
IV.5. ETAT DU COL A L'ADMISSION.....	34
IV.6. MEMBRANE ET LIQUIDE AMNIOTIQUES.....	34
IV.6.1. La membrane amniotique	34
IV.6.2. Le liquide amniotique.....	35
IV.7. PRESENTATION FŒTALE.....	35
IV.8. ETAT DU BASSIN	35
IV.9. AUTRES SIGNES CLINIQUES	36
V. EXAMENS COMPLEMENTAIRES.....	36
V.1. ERCF.....	36
V.2. ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE.....	36
V.3. RADIOPELVIMETRIE.....	37
VI. L'ACCOUCHEMENT	37
VI.1. LA CONDUITE ADOPTEE ET SON ISSUE.....	37
VI.2. EN CAS D'EPREUVE UTERINE	39
VI.2.1. Médication reçue	39
VI.2.2. Incidents.....	39
VI.3. GROUPE DES ACCOUCHEMENTS PAR VOIE BASSE.....	40
VI.3.1. Expulsion	40
VI.3.2. Délivrance.....	41
VI.3.3. Révision utérine.....	41
VI.4. GROUPE DES ACCOUCHEMENTS PAR CESARIENNE.....	42
VI.4.1. Indication de la CZ	42
VI.5. Le compte rendu opératoire	45
VII. LE PRONOSTIC FOETAL : ETUDE COMPARATIVE EN FONCTION DU MODE D'ACCOUCHEMENT.....	47

Sommaire

VII.1. Terme de grossesse	47
VII.2. Poids à la naissance.....	48
VII.3. Morbidité.....	48
CONCLUSION.....	52

Introduction

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'accouchement par césarienne.

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. Cependant, la crainte de rupture utérine, et l'absence d'attitude unanime face aux cicatrices utérines ont conduit à la diminution récente des taux d'épreuve utérine et des accouchements par voie basse.

Ce qui a dicté pendant longtemps, un mode univoque d'accouchement selon le vieil adage : «Césarienne un jour, césarienne toujours».

L'évolution de l'obstétrique a permis d'aboutir à une conduite actuellement beaucoup plus nuancée, et l'obstétricien se trouve de plus en plus confronté aux problèmes suivants :

- Apprécier la qualité et la solidité d'une cicatrice préexistante.
- Préconiser une attitude adaptée pour l'accouchement des parturientes porteuses de cicatrice avec le minimum de risque fœtal et maternel.

Notre travail consiste tout d'abord à mener une étude générale concernant l'accouchement sur utérus cicatriciel à propos de 300 observations de parturientes ayant accouché au service de gynéco obstétrique de Tlemcen, du 1^{er} Janvier 2020 au 31 avril 2020 puis de déterminer les facteurs pronostiques et enfin de proposer une conduite à tenir pratique devant une grossesse sur utérus cicatriciel dans le but d'améliorer le pronostic materno-fœtal dans notre contexte.

Définition de l'utérus cicatriciel

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

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

On distingue :

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

Historique de l'utérus cicatriciel

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

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

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

Par ailleurs, d'autres origines latines précisent que le terme césarienne a été dérivé du verbe « Cæar » qui signifie couper.

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

En 1500 JACOB NUFER effectua une opération chirurgicale (la césarienne) sur son épouse après plusieurs jours de travail et avec l'aide de treize sages-femmes

Comme son épouse ne put livrer son bébé, le mari désespéré, prit la décision d'essayer une Césarienne et cela après une permission sollicitée et acceptée des autorités locales. La mère avait vécu et plus tard, elle avait donné naissance normale à cinq enfants y compris des jumeaux.

L'histoire de la médecine précise aussi que les premières Césariennes réussies avaient eu lieu dans des régions rurales éloignées manquant de personnel médical, et d'équipement.

Il fallut attendre la 2^{ème} moitié du XIX^e siècle pour que naissent en Europe et aux Etats-Unis des hôpitaux spéciaux pour des maladies de femmes.

A cette époque, la chirurgie avait beaucoup évolué techniquement et professionnellement.

L'hôpital de l'état de New-York, 1867 : un des premiers grands hôpitaux de l'Amérique pour les maladies des femmes.

D'autre part, même si les médecins ainsi que les patientes avaient tendance à recourir à la césarienne ; le taux de mortalité maternelle post-opératoire restait élevé à cause de la septicémie et des problèmes des infections chirurgicales, et aussi par ce que les chirurgiens, au début, avaient peur de suturer l'incision utérine : ils estimaient que les points –internes qui ne pourraient pas être enlevés pourraient être à l'origine des infections et causeraient même une

Historique de l'utérus cicatriciel

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

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

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

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

Les types de cicatrices utérines

I. Les cicatrices obstétricales

I.1. La cicatrice corporeale

La section utérine peut être longitudinale ou transversale sur la face antérieure, sur le fond voire même sur la face postérieure.

Indiquée en Cas d'impossibilité d'abord du segment inférieur particulièrement lors de présentations transverses.

L'évolution de cette cicatrice dans les suites opératoires est habituellement simple, mais si celles-ci compliquent d'infection, il peut se produire une désunion de la paroi dans une zone inflammatoire ou des fistules utéro-pariétales.

Ce qui est important à retenir, c'est que même si l'évolution postopératoire est parfaitement simple, l'avenir lointain peut être grevé par la mauvaise qualité habituelle de la cicatrice.

En effet, les cicatrices corporeales entraînent un risque majeur de rupture utérine aux alentours de 12%.

I.2. La cicatrice segmentaire

Le segment inférieur développé enfin de grossesse est une zone mince et peu contractile, de structure lamellaire, recouverte de péritoine décollable. On peut y réaliser 2 types.

I.2.1. Césarienne segmentaires transversale

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

I.2.2. Césarienne segmentaire verticale

L'incision verticale présente un avantage théorique lorsqu'on opère un utérus mal formé, de type unicorne ; ou bien encore lorsqu'on doit aborder un placenta antérieur.

Cette incision a l'avantage de mettre à l'abris les pédicules vasculaires utérins de même que les uretères notamment le gauche qui sont quelque fois menacés par l'hystérotomie transversale.

Cette technique est cependant un peu plus délicate que l'hystérotomie transversale puisqu'il faut effectuer un décollement péritonéal très poussé d'abord vers le haut, puis surtout vers le bas pour obtenir le dégagement quasi complet de toute la face antérieure du segment inférieur.

Les types de cicatrices utérines

Une telle prolongation corporéale de l'incision segmentaire verticale est le principal inconvénient de ce type d'incision. La blessure de la vessie constitue un autre de ces inconvénients.

Ces deux types de cicatrice ont comme particularité le fait qu'elles sont plus solides que les cicatrices corporéales, autorisant l'accouchement par voie basse. La fréquence des ruptures sur césarienne segmentaire est très faible de 1% , et ces ruptures sont en général de bon pronostic, n'entraînent pas de grand risque maternel et fœtal.

I.3. Les cicatrices segmento-corporéales

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

Ce type de cicatrice a enfin un pronostic similaire de la corporéale.

I.4. La mini césarienne pour interruption de grossesse au 2^{ème} trimestre

C'est une césarienne obligatoirement corporéale puisque réalisée à une période où il n'ya pas la moindre ampliation de segment inférieur.

Elle expose ainsi, au même risque de rupture que la césarienne corporéale à terme et constitue également pour plusieurs auteurs une contre-indication à l'accouchement par voie basse.

I.5. Les cicatrices de ruptures utérines antérieures

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

I.6. Les perforations utérines

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

II. Les cicatrices gynécologiques

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

II.1. La cicatrice de myomectomie

Les types de cicatrices utérines

La myomectomie s'adresse à des femmes en période d'activité génitale et permet comme nous l'avons dit de préserver la possibilité d'une grossesse ultérieure. Les cicatrices de myomectomie sont d'excellent pronostic bien qu'elles soient corporéales.

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

II.2. La cicatrice d'hystéroplastie

Les hystéroplasties de BRET PALMER ou de STRAUSSMEN s'adressent surtout aux degrés moyens de malformations utérines (utérus bicorne ou cloisonné). L'intervention de BRET, bien codifiée a l'avantage en cas d'utérus cloisonné de conserver les tissus de cette cloison afin de renforcer les parois de l'utérus. Elles doivent être réalisées au moins 3 mois avant le début de la grossesse et sont très souvent d'excellente qualité et n'imposent pas à elles seules l'intervention césarienne.

II.3. Les cicatrices de résection de la portion interstitielle de la trompe dans les salpingectomies ou de réimplantation tubaire

En théorie il faut opposer les salpingectomies avec résection de la portion interstitielle pour lesquelles il y a une suture solide et un bas risque de rupture, et les réimplantations pour lesquelles on laisse un canal ouvert où le risque est plus important. Néanmoins, les ruptures peuvent se produire dans ces deux éventualités, non seulement pendant le travail mais aussi pendant la grossesse. On retiendra que les cicatrices gynécologiques constituent un pourcentage presque négligeable de l'ordre de 1%.

Evolution anatomopathologique de La cicatrisation utérine

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

Ce processus cicatriciel s'étend sur une durée moyenne d'un an. D'après LEPAGE, on peut considérer le processus cicatriciel suivant : la cicatrisation se fait d'abord par prolifération du tissu conjonctif, le terrain gravidique expliquant son abondance et l'importance de l'œdème associé. Ensuite la réhabilitation se fait non pas tant par prolifération des fibres musculaires de voisinage que par transformation des fibroblastes en fibres musculaires. Cependant la plupart des auteurs admettent que la cicatrice est d'autant meilleure et plus résistante que la quantité des fibres musculaires y est importante.

RUIZ VELASCO, considère que la mauvaise qualité d'une cicatrice utérine est proportionnelle à la quantité de tissu fibreux, à l'importance de la hyalinisation et à la rareté des éléments vasculaires.

- POIDEVIN a montré dans son étude que la suture extra muqueuse amène une cicatrisation de très bonne qualité avec rétablissement de la continuité musculaire et une bonne revascularisation, alors que la suture totale entraîne une mauvaise cicatrisation. De même que la suture par points séparés est bien supérieure au surjet, que les matériaux de suture résorbables sont mieux tolérés et que les calibres fins s'accompagnent d'une moindre réaction à corps étrangers.

De tout cela découlent les facteurs de mauvaise cicatrisation :

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

Appréciation de la qualité de la cicatrice

I. Les éléments en corrélation avec la première césarienne

I.1. Le type d'hystérotomie

I.1.1. Les cicatrices gynécologiques

- Les myomectomies.

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

Après myomectomie par coelioscopie, l'incidence réelle des ruptures utérines sur utérus gravide est encore mal connue, ce qui doit insister à la prudence. Plusieurs cas de ruptures utérines ont été rapportés.

Cependant les séries de grossesse et d'accouchement après myomectomie per-coelioscopie montrent un risque faible de rupture utérine.

Le risque après myomectomie hystéroscopique est également mal évalué. Quelques cas de ruptures ont été également rapportés.

Les cicatrices gynécologiques (myomectomie, hystéroplastie) bien que corporéales sont pratiquées en dehors de la grossesse et sont considérées par tous qualité suffisante pour autoriser une épreuve du travail.

I.1.2. Les cicatrices obstétricales

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

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

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

Appréciation de la qualité de la cicatrice

I.2. Antécédent d'accouchement par voie basse, et indication de césarienne antérieure

Les indications de césarienne itérative liée à la persistance de la cause de la première césarienne sont rares :

- Bassin chirurgical.
- Bassin pathologique.
- Obstacle prævia.
- Indication prævia.

Le plus souvent l'indication de la première césarienne n'a pas de récurrence, et l'ensemble de travaux confirme le taux du succès de la tentative de voie basse lors de la grossesse suivante.

L'antécédent d'accouchement par voie basse, en particulier s'il est survenu après césarienne, est également considéré comme un facteur très favorable de succès pour le futur accouchement.

Plusieurs auteurs ont essayé d'établir des scores de prédiction du succès de vois basse après césarienne. Les facteurs pris en compte dans ce score habituellement L'âge maternel, l'antécédent de voie basse, l'absence de progression du travail expliquant la césarienne précédente et les conditions cervicales.

Jusqu'à ces dernières années, une des contre-indications classiques de l'épreuve utérine sur utérus cicatriciel restait l'antécédent de césarienne pour dystocie.

De nombreuses études ayant infirmé la crainte d'un accroissement du taux de rupture utérine dans une population donnée, l'ACOG encourage maintenant les obstétriciens à autoriser à ces patientes une épreuve utérine.

L'indication de la césarienne primitive devrait donc participer pour une faible part à la décision de la voie d'accouchement.

I.3. Le scano-pelvimétrie

Il est de règle de pratiquer un scano-pelvimétrie lorsque l'indication de la première césarienne ne persiste pas, soit au décours immédiat de cette dernière, soit plus tardivement lors de la grossesse suivante.

Il est pratiqué afin de juger de la taille du bassin. Selon les critères évalués par MAGNIN cet examen joue un rôle très important dans la décision du mode d'accouchement lors de la grossesse suivante.

Appréciation de la qualité de la cicatrice

- Devant un bassin rétréci, une césarienne prophylactique est réalisée systématiquement.
- Devant un bassin limite (indice de MAGNIN compris entre 210mm et 230mm, diamètre transverse médian < 125mm ou promo-rétro-pubien < 110mm), la décision dépend essentiellement des données de la confrontation céphalopelvienne en sachant toutefois que l'évaluation échographique du poids fœtal est souvent erronée (26,5% d'erreurs dans la série de BERGER et COLL).

Il ne semble pas que la radiopelvimétrie soit un bon indicateur sur la mère et ne prend pas en compte le volume fœtal et la présentation. Donc une confrontation céphalopelvienne par la mesure échographique du diamètre bi-pariétal fœtal associée à la radiopelvimétrie maternelle reste un élément important dans la décision de la voie d'accouchement.

I.4. La durée de travail lors de la 1^{ère} césarienne

Une césarienne pratiquée sur un segment inférieur mal amplifié avant tout début de travail, surtout chez la nulligeste, sera donc de moins bonne qualité. Egalement une césarienne effectuée après échec d'un long travail avec membranes rompues depuis longtemps donnera une cicatrice plus fragile.

I.5. Les suites opératoires de la première césarienne

Seule l'endométrite prouvée du post-partum peut amener à contre-indiquer la voie basse et à réaliser une césarienne prophylactique. Toute autre suite fébrile ne conduisant qu'à une surveillance plus étroite d'une épreuve de cicatrice utérine lors de la grossesse suivante.

II. Les éléments tenant au terrain

II.1. L'âge et la multiparité

L'âge de la parturiente ne semble pas être, à lui seul, un facteur influant sur la qualité de la cicatrice. L'association grande multiparité et utérus cicatriciel entraîne théoriquement un surcroît de risque vis-à-vis d'une rupture utérine.

II.2. Utérus multi cicatriciel

Il s'agit pour la plupart des auteurs d'une indication à césarienne itérative.

Dans les années 80, on considérait la présence de plusieurs cicatrices utérines comme une contre-indication à l'épreuve utérine. Mais depuis, la faible morbidité constatée lors des épreuves utérines sur utérus cicatriciel a permis de réduire les contre-indications. Certains auteurs ont même autorisé l'épreuve utérine chez des parturientes ayant un utérus multicicatriciel.

Appréciation de la qualité de la cicatrice

Par ailleurs, la plupart des auteurs ne pratiquent pas d'épreuve de travail chez les parturientes avec antécédent d'au moins deux césariennes.

Cependant BAUTRANT en 1993, a présenté une série de 41 épreuves utérines chez 61 utérus bi-cicatriciels, parmi lesquelles 26 parturientes ont accouché par voie basse, il conclut que l'épreuve utérine sur utérus bi-cicatriciel est une alternative raisonnable.

III. Les facteurs pronostiques dans l'intergestation

III.1. Les accouchements intercalaires

Les opinions divergent. L'existence d'accouchement par voie basse après la première césarienne paraît un facteur de bon pronostic pour quelques-uns, pour d'autres, l'accouchement ultérieur augmente le risque de rupture en fragilisant la cicatrice.

III.2. Les curetages intercalaires

Reconnus par tous les auteurs comme ayant un rôle néfaste sur la cicatrice utérine. Ils augmentent donc, le risque de rupture utérine.

III.3. L'hystérogaphie

De nombreux auteurs se sont intéressés à cette étude hystérogaphique : J.M.THOULON, ZILBERMANN ET SHARF, BENBASSA[1].

L'hystérogaphie pratiquée plus de 3 mois après la césarienne était classiquement proposée pour évaluer l'aspect morphologique et la profondeur des cicatrices. Cependant, pour RUIS-VELASCO, il faut attendre le 6^{ème} mois pour pratiquer cet examen. Le délai de 6 mois s'explique d'après RUIS-VELASCO et MAGNIN par le fait que des anomalies radiologiques diagnostiquées 3 mois après l'intervention peuvent disparaître totalement 6 mois après.

Les aspects morphologiques de l'hystérogaphie sont variables, on distingue :

- Des images de spicule, en diverticule, en éperon, de fistule.
- Des images de soustraction évoquant un processus cicatriciel prolifératif.

La profondeur c'est le critère sur lequel est basée la classification proposée par THOULON :

- Groupe 1 : Cicatrice invisible.
- Groupe 2 : Petite déformation < 4mm.
- Groupe 3 : Une image d'addition de 4 à 6mm de profondeur.

Appréciation de la qualité de la cicatrice

- Groupe 4 : Une déformation de profondeur > 6mm avec diverticules voir fistules. L'hystérogaphie est très contestée, en effet, les groupes III et IV de la classification de THOULON, représentent 20% des cicatrices alors qu'il n'y a que 1% de ruptures utérines.

A contrario, une cicatrice invisible à l'hystérogaphie peut se compliquer de rupture. On pourrait proposer l'hystérogaphie dans certaines situations difficiles, par exemple après fièvre du post-partum non étiquetée.

Rappelons que cet examen ne doit pas être réalisé trop tôt après la césarienne. (Pas avant 6 mois).

III.4. L'hystérocopie

Pratiquée à partir de 6 mois après la césarienne, elle révèle des aspects précis de la cicatrice par son versant interne.

Une classification a été proposée rapportant successivement :

- Stade 1 : des altérations de l'arc antérieur (rectitude, angulation, asymétrie).
- Stade 2 : une réaction hypertrophique.
- Stade 3 : une perte de substance.
- Stade 4 : une anomalie de coloration (blanche=simulant la fibrose).

IV. Les facteurs liés à la grossesse en cours

IV.1. Le délai entre la césarienne et la grossesse actuelle

Un intervalle minimal de deux ans est recommandé mais il ne s'agit pas là d'un critère suffisant pour contre-indiquer une épreuve de travail.

Pour RUIZ VELASCO , 72,5% des déhiscences surviennent quand le délai est inférieur à deux ans contre 27,5% quand il est supérieur à deux ans.

IV.2. L'insertion placentaire

Le risque de rupture ainsi que le risque hémorragique pourrait être augmenté quand le bord inférieur du placenta est situé juste au-dessus de la cicatrice. Cependant, ce risque n'est pas démontré par toutes les études.

IV.3. La sur distension utérine

Elle est en rapport avec une grossesse multiple, une macrosomie fœtale, ou un hydramnios.

IV.3.1. La grossesse multiple

La plupart des auteurs considèrent la grossesse multiple comme une contre- indication de

Appréciation de la qualité de la cicatrice

l'épreuve utérine chez les parturientes antérieurement césarisées. La sur distension utérine entraînée par cette grossesse pourrait accroître le risque de rupture utérine. Mais personne n'a pu démontrer qu'une corrélation entre le phénomène de sur distension utérine et le risque de rupture utérine existait. PHELAN et son équipe ont décidé d'autoriser l'épreuve utérine à une partie de leurs patientes (45%) ayant une grossesse gémellaire associée à un utérus cicatriciel. 72% ont accouché normalement sans morbidité materno-fœtale surajoutée. Il semble toutefois que cette attitude doit être réservée aux grossesses gémellaires dont le premier jumeau se trouve en présentation céphalique.

IV.3.2. La macrosomie fœtale

L'excès de volume fœtal ou macrosomie se définit par un poids de naissance supérieur à 4000g. Les directives de l'ACOG concernant les suspicions de macrosomies fœtales chez les patientes antérieurement césarisées recommandent une césarienne itérative ou tout du moins une grande prudence quand à l'autorisation d'une épreuve utérine.

FLAMM et GOINGS ont évalué le bien-fondé de cette restriction, mais leurs conclusions ne permettent pas d'affirmer la nécessité d'une césarienne itérative en cas de suspicion de macrosomie fœtale chez les patientes non diabétiques.

IV.3.3. L'hydramnios

Dans la littérature, l'association d'un hydramnios et d'un utérus cicatriciel est l'indication de réaliser une césarienne prophylactique car c'est un facteur augmentant le risque de rupture utérine aussi bien pendant la grossesse que pendant l'accouchement.

IV.4. La présentation de siège

La présentation de sommet est, pour la majorité des auteurs, la seule qui autorise une épreuve de travail. Il est aujourd'hui admis qu'il faut recourir systématiquement à une césarienne en cas de présentation pelvienne chez une patiente ayant un utérus cicatriciel.

La version des sièges par manœuvre externe est classiquement contre-indiquée chez les patientes antérieurement césarisées par crainte de provoquer une rupture utérine. FLAMM et COLL Ont montrés que cette conduite thérapeutique était possible, sans complications materno-fœtales surajoutées.

IV.5. Les examens paracliniques

Il est important pour l'avenir de la parturiente et pour la conduite à tenir au cours des

Appréciation de la qualité de la cicatrice

grossesses ultérieures de connaître la résistance de la cicatrice de l'hystérotomie. Pour cette raison, certains examens paracliniques peuvent évaluer la solidité de la cicatrice :

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

Une césarienne défectueuse se traduira par une image d'évagination ou d'invagination de la cavité utérine au niveau de cette cicatrice.

Cette méthode a été rapidement supplantée par l'échographie qui est proposée dans le même but et permet de mesurer l'épaisseur exacte de la cicatrice, en cours de la grossesse sans risque. L'observation de DANFORTH et IVY rapporte que le diagnostic d'un défaut au niveau de la cicatrice utérine ne peut se faire qu'enfin du 2eme trimestre, mais les meilleures performances échographiques sont obtenues entre 28 et 36 semaines d'aménorrhée.

Le but essentiel semble être la réalisation d'une étude de segment

Inférieur et de mettre en évidence une éventuelle déhiscence.

On distingue 4 degrés échographiques :

- Degré 1 : la cicatrice non visible.
- Degré 2 : l'amincissement localisé.
- Degré 3 : le bourrelet cicatriciel.
- Degré 4 : la déhiscence cicatricielle totale.

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

Les Ruptures Utérines

I. Définition et fréquence

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

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

Les ruptures utérines sont habituellement classées en deux catégories :

- Les ruptures complètes correspondant à une déchirure de toute l'épaisseur de la paroi utérine (myomètre et péritoine) avec une déchirure des membranes. Les conséquences fœtales et parfois maternelles peuvent être graves.

- Les ruptures incomplètes ou déhiscences où seul le myomètre est déchiré, le péritoine et les membranes restent intacts. Elles sont les plus souvent sans conséquences materno-fœtal, peuvent être asymptomatiques et passent inaperçues en l'absence de révision utérine.

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

La classique cicatrice corporeale haute exposait à un risque accru atteignant 18,2% et était responsable de la quasi-totalité des ruptures utérines rencontrées avant les années 60.

PRIDJIAN estime ce risque à 0,2-9,8% en cas de cicatrice segmentaire transversale, 4,3-8% en cas de cicatrice longitudinale segmento-corporeale, 4,3 - 4,8% en cas d'incision en T, et 0,5 - 6,5% en cas d'incision longitudinale limitée au segment inférieur.

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

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

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

Les Ruptures Utérines

II. Les manifestations cliniques

La plupart des ruptures utérines vraies seraient symptomatiques :

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

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

II.1. Les circonstances de découverte

La rupture utérine peut être découverte :

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

La révision utérine peut comporter certains risques :

- Liés à la nécessité de la réalisation d'une anesthésie si la patiente ne bénéficie pas déjà d'une analgésie péridurale.
- Liés aux risques infectieux et traumatiques du geste. La plupart des auteurs proposent de réserver la révision utérine aux patientes symptomatiques ou lorsqu'il existe un facteur de risque (travail prolongé, efforts expulsifs prolongés, extractions instrumentales difficiles).

Les Ruptures Utérines

II.2. Etude de la symptomatologie

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

II.2.1. Maternelles :

II.2.1.1. Hémorragiques :

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

II.2.1.2. Traumatiques :

On peut avoir également une déchirure vésicale ou urétérale.

II.2.1.3. Infectieuses :

C'est le cas d'endométrite.

II.2.2. Fœtales :

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

III. Autres complications de la cicatrice utérine

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

III.1. L'endométriose cicatricielle de la paroi abdominale

III.1.1. Définition de l'endométriose externe :

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

III.1.2. Cliniquement

Le diagnostic est relativement facile chez la femme de 20-40ans devant une symptomatologie cataméniale. Dans la forme typique, l'endométriose externe se manifeste par

Les Ruptures Utérines

la présence d'un nodule ou tuméfaction, bleu violacée, douloureuse avec un écoulement Bruno hémorragique en période menstruelle et d'évolution cataméniale.

III.1.3. Para cliniquement

III.1.3.1. L'Echographie

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

III.1.3.2. Biologie

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

III.1.4. Histologiquement :

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

III.2. Le syndrome de Youssef

III.2.1. Définition :

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

III.2.2. Sur le plan étiologique :

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

III.2.3. Cliniquement :

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

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

Appréciation de la qualité de la cicatrice

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

* Des hématuries franches, indolores et totales.

III.2.4. Les examens complémentaires :

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

III.2.4.1.1. L'épreuve au bleu de méthylène

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

III.2.4.1.2. La cystographie

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

III.2.4.1.3. La cystoscopie

N'est pas aussi démonstrative que l'hystérographie.

III.2.4.1.4. L'hystéroscopie

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

III.2.4.1.5. L'urographie intraveineuse

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

III.2.5. Conclusion

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

Parturientes & Méthodes

I. PARTURIENTES D'ETUDE

Le présent travail représente une étude rétrospective portant sur 300 observations de parturientes porteuses de cicatrices utérines qui ont accouché dans le Service de Gynécologie Obstétrique à la Maternité de l'EHS Tlemcen, entre le 1er Janvier 2020 et le 31 avril 2020. Au cours de cette période, 2353 accouchements ont eu lieu, dont 300 observations étudiées d'utérus cicatriciels, ce qui a représenté un pourcentage de 12.74 % du nombre total des accouchements. La majorité des cicatrices étaient des césariennes, soit parturientes.

II. METHODE D'ETUDE

Pour étudier les dossiers des utérus cicatriciels, nous avons dressé des fiches d'exploitation, dans lesquelles nous avons mis l'accent sur des facteurs généraux, et les différents paramètres qui influencent les modalités d'accouchement devant un utérus cicatriciel. La fiche d'exploitation : voir annexes.

Les caractéristiques des patientes ayant accouché par voie basse ou par césarienne ont été comparées entre elles par les tests du Khi-deux de Pearson. Le seuil de signification était fixé à 0.05.

Résultats

I. DONNEES GLOBALES

I.1. FREQUENCE GLOBALE

La prévalence globale de l'accouchement sur utérus cicatriciel était de 300 cas sur un nombre total d'accouchements 23531, soit une fréquence de 12.74%.

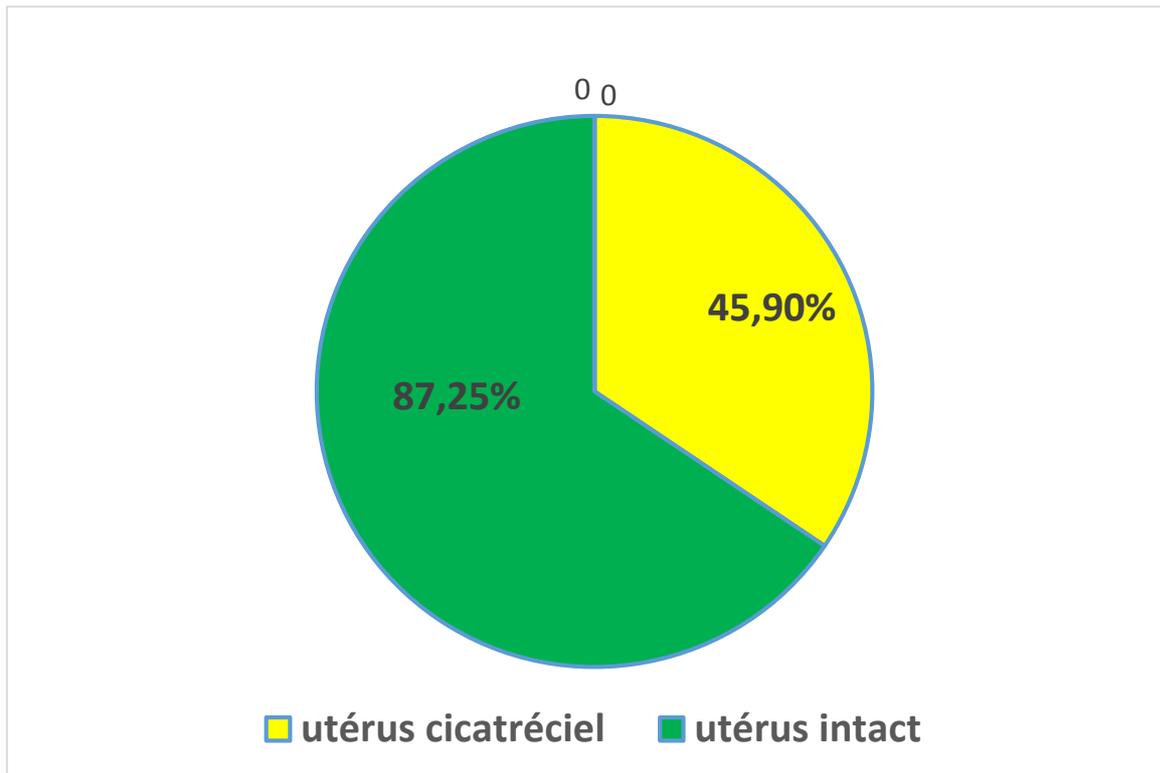


Figure 1 : Fréquence globale des utérus cicatriciels.

Résultats

I.2. AGE DES PARTURIENTES

L'âge moyen était de 30.7 ans avec des extrêmes allant de 17 à 50 ans, avec une prédominance de la tranche d'âge allant de 26 à 35 ans, soit 49.8%.

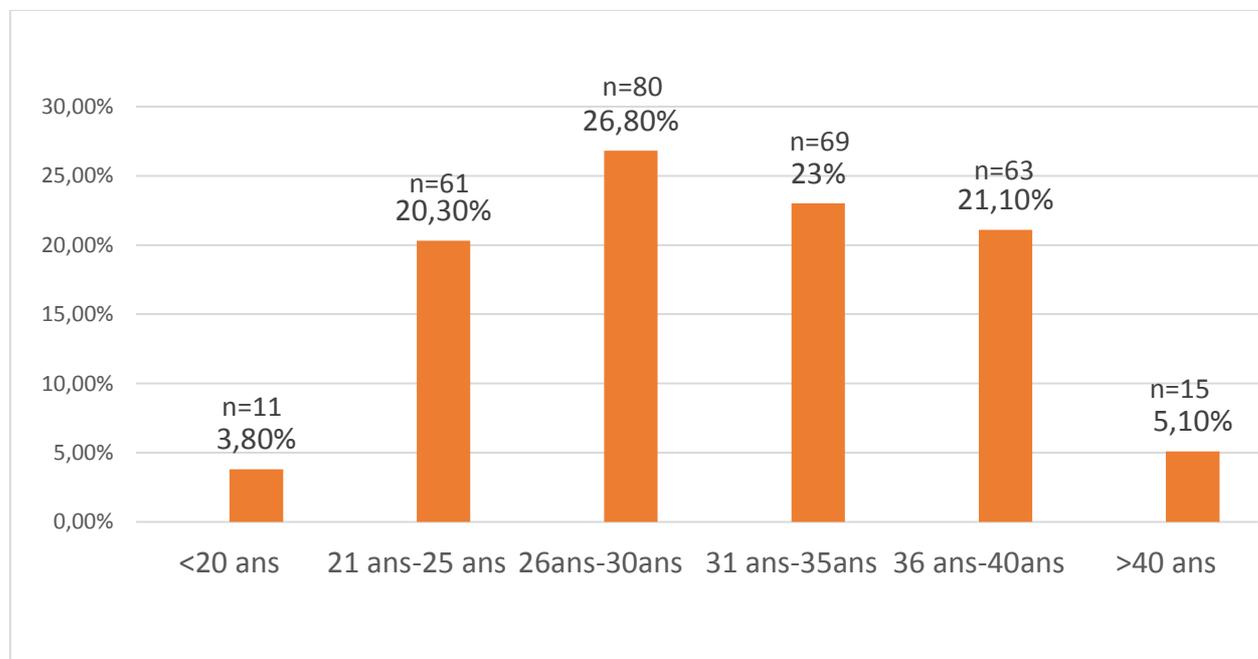


Figure 2: Répartition selon l'âge des parturientes

I.3. MOTIF D'ADMISSION

Dans la majorité des cas, les parturientes se sont représenté aux urgences de notre maternité pour accouchement suite à l'apparition des CU, soit 68.7%.

Tableau 1 : Les accouchements sur utérus cicatriciel : Motif d'admission des parturientes.

	Nombre	%
Accouchement	206	68,7
Référées	61	20,3
Rupture des membranes	14	4,7
DDT	8	2,8
Métrorragies	4	1,1
MAP	4	1,1
Disparition des MAF	3	0,8
AVP	1	0,2
Obnubilation+convulsions	1	0,2
Total	300	100

Par ailleurs, 15.93% des parturientes étaient référées par une autre formation sanitaire locale ou régionale. Les motifs des références sont détaillés dans le tableau ci-dessous

Résultats

Tableau 2 : Motif de référence des parturientes.

	Nombre	%
Utérus cicatriciel	21	9.1
Rupture des membranes	7	2.5
HTAG	5	1,5
Bassin suspect	4	1,3
HU excessive	3	0,9
Défaut d'engagement	2	0.8
GG	2	0.6
Saignement	1	0.4
Anomalies des BCF	1	0.4
Présentation irrégulière	1	0.4
LAT	1	0.4
Total	48	15.93

I.4. PARITE

Les parités allaient de 1 à 8 avec une moyenne de 2.68. Les parturientes secondipares représentaient 55.8% des cas, contre 0.9% qui étaient primipares ayant une cicatrice gynécologique

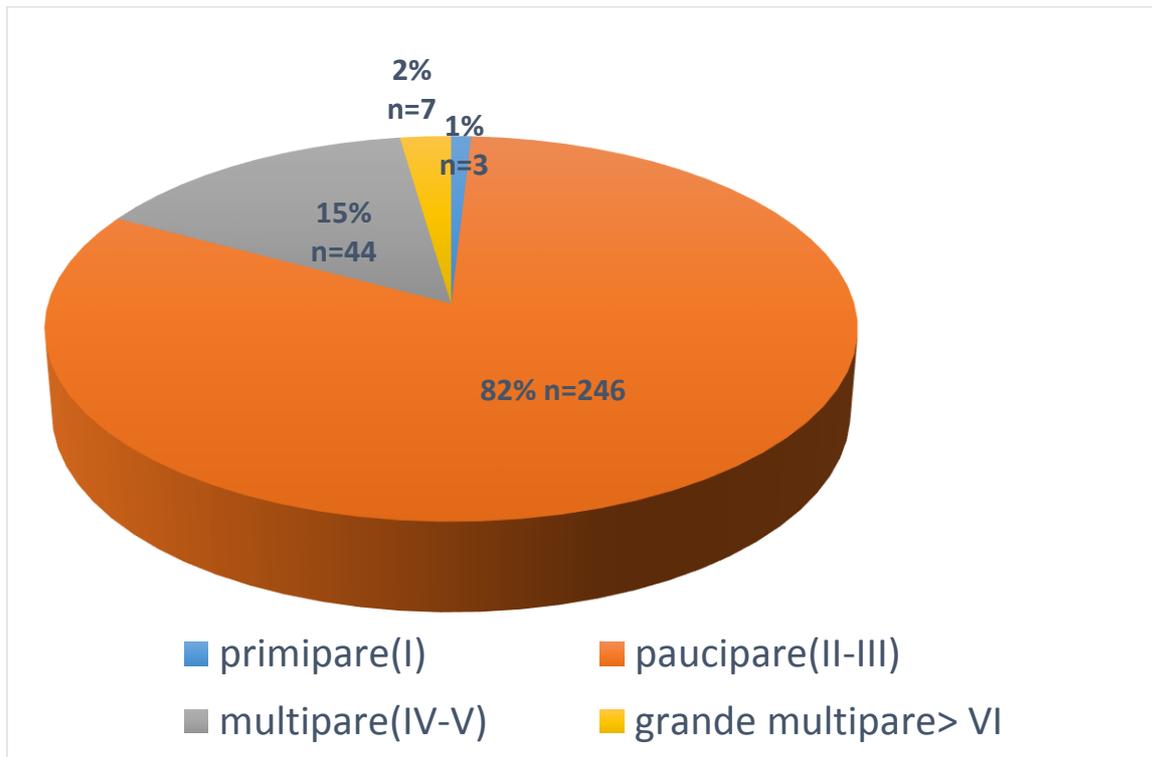


Figure 3 : Répartition selon la parité des parturientes.

Résultats

I.5. ANTECEDENTS D'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE

Nous avons recensé 92 parturientes ayant un antécédent d'accouchement par voie basse, soit un pourcentage de 30.6%.

Tableau 3 : Nombre total d'accouchements par VB.

	nombre	%
0	208	69,4
1	54	18,0
2	22	7,4
3	10	3,4
4	3	1,1
5	2	0,4
6	1	0,2
Total	300	100

Parmi les femmes qui ont pu déjà accoucher par VB, la plupart d'entre elles l'avaient sur utérus intact avec un taux global de 12.1% de toutes les parturientes. Toutefois, dans 20 cas (soit 6.8%), le moment de l'accouchement par rapport à la cicatrice n'est pas mentionné dans les dossiers

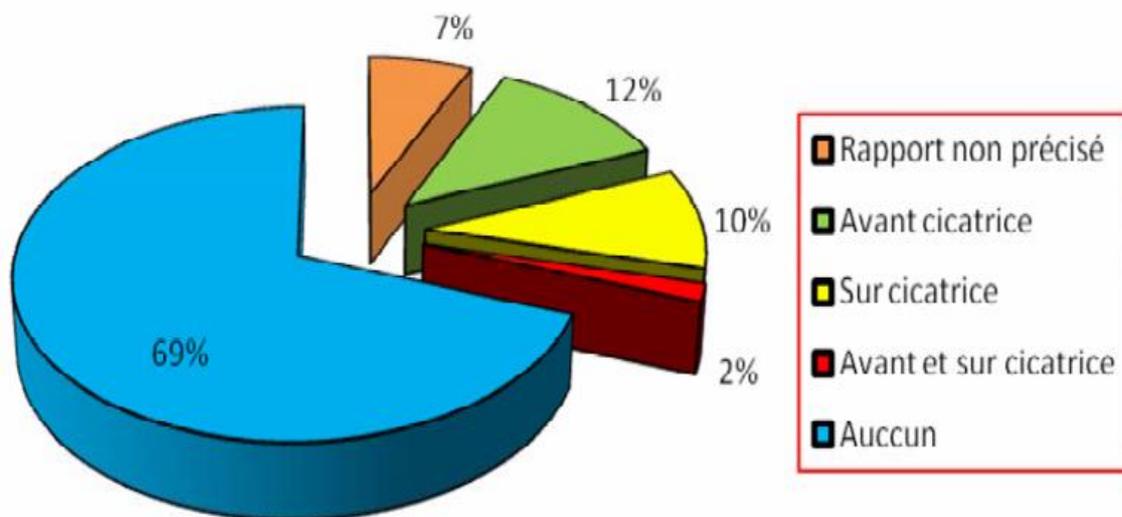


Figure 4 : Répartition selon les ATCDS d'accouchement par VB

Résultats

I.6. ANTECEDENTS MATERNELS PATHOLOGIQUES

Dans notre série, 107 parturientes soit 35.9% avaient un ou plusieurs antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et /ou obstétricaux (césariennes exclues) : voir détails dans les tableaux suivants :

I.6.1. ATCDS médicaux :

Le diabète était prédominant avec un taux de 1.5% de toutes les parturientes.

Les accouchements sur utérus cicatriciel

Tableau 4 : Pathologies médicales.

Pathologies médicales	Nombre	%
DNID, DID	8	1.5
ATCD familiaux de diabète	6	1.1
Hypertension artérielle chronique	4	0.8
Autres (1)	7	1.3
TOTAL	25	4.7

(1) : Asthme, Psychose sous neuroleptiques, RAA, Lithiase vésiculaire et rénale, Varices des MI, Phlébite surale du post partum, IRA du post partum.

I.6.2. ATCDS chirurgicaux

Les appendicectomies étaient les plus fréquentes représentant 8.5% de toutes les parturientes.

Tableau 5: Pathologies chirurgicales.

Pathologies chirurgicales	Nombre	%
Appendicectomie	8	8.5
Cholécystectomie	7	1.3
Myomectomie	7	1.3
Kyste ovarien	2	0.4
GEU	2	0.4
Autres (1)	7	1.3
TOTAL	22	4.2

(1) : Luxation traumatique de la hanche, Fracture du fémur, Traumatisme négligé de la hanche, Abscess cervical, Péritonite post césarienne, Nodule du sein, Migration DIU.

Résultats

I.6.3. ATCDS obstétricaux

Les avortements siègent au premier plan ; en effet, 14.2% de toutes les parturientes avaient un ou plusieurs ATCD d'avortements.

Les accouchements sur utérus cicatriciel

Tableau 6 : Pathologies obstétricales.

Pathologies obstétricales	Nombre	%
Avortements	43	14.2
MFIU	36	11.95
Macrosomie	21	7
HTAG/Pré-éclampsie	17	5.5
Eclampsie	3	0.9
HRP	4	0.8
Diabète gestationnel	2	0.4
TOTAL	122	40.75

II. CICATRICE(S) ANTERIEURE(S)

II.1.NOMBRE DE CICATRICES

La majorité des parturientes étaient porteuses d'un utérus unicitycatriciel. Les accouchements sur utérus quadricatriciel ont représenté 0.4 % de l'ensemble les accouchements.

Tableau 7: Nombre de cicatrices antérieures.

	Nombre	%
1	256	85,2
2	37	12,3
3	6	2,1
4	1	0,4
Total	300	100

Résultats

II.2.NATURE DES CICATRICES

Les cicatrices de césariennes représentent la majorité des cas avec un taux de 98,30%, alors que les autres cicatrices ne représentent que 1,7%.

Tableau 8: Nature de la cicatrice.

	Nombre	%
Césarienne	295	98,3
myomectomie	2	1,1
Migration de DIU	1	0,2
myomectomie puis césarienne	1	0,2
RU et césarienne	1	0,2
Total	300	100

II.3.INDICATION DE LA CESARIENNE ANTERIEURE

Les indications des césariennes antérieures ont été précisées dans 382 dossiers, nous les avons classés en :

- Causes permanentes.
- Causes accidentelles.
- Causes inconnues.

II.3.1. Causes permanentes

Elles étaient dominées par le bassin rétréci, 14.8%.

Tableau 9 : Indications permanentes des césariennes.

Indication	Nombre	%
Bassin suspect	32	14.8
Cicatrices multiples	3	1.3

II.3.2. Causes accidentelles

Nous avons noté la prédominance de la souffrance fœtale aigue, 10.8%.

Résultats

Tableau 10 : Indications accidentelles de la césarienne antérieure.

Nombre	%	
SFA	23	10,8
Présentation Transverse	22	10,2
Travail dystocique (1)	14	6,45
Présentation du Siege	13	6,3
Macrosomie	8	3,6
Préclampsie/HTAG	7	3
Présentation du Front	4	1,7
Placenta praevia	4	1,7
Eclampsie	3	1,5
HRP	2	1.1
GG	2	1.1
Autres (2)	1	0.4

(1): Dystocie de démarrage, Dilatation stationnaire, Défaut d'engagement à dilatation complète.

(2) : 1- Malformation fœtale : omphalocèle + macroglossie.

2- LAT en début du travail.

3- ATCD chargés : 9 gestes, 2 pares ,7 avortements, 1 décès à 8 mois, 0 EV.

4- Périnée post coïtal.

5- Malformation cervico-vaginale chez la femme.

II.3.3. Causes inconnues

Elles ont représenté 59 soit un pourcentage de 27.3% des cas.

Résultats

II.4.SUITES OPERATOIRES DE LA CESARINNE ANTERIEURE

Elles n'ont été précisées que dans 46 dossiers, soit 21.3% des cas.

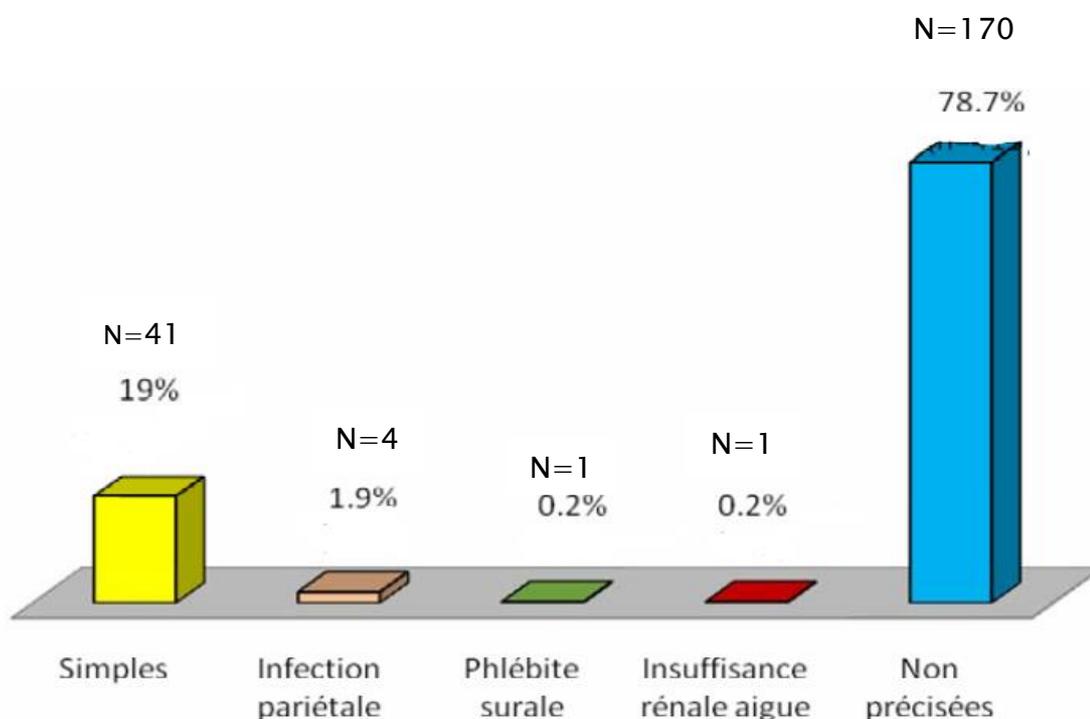


Figure 5 : Répartition selon les suites de la CZ antérieure

IRA = Insuffisance rénale aigue post césarienne pour éclampsie hémodialysée.

II.5.DELAI INTERGENESIQUE

Le délai intergénésiq ue inférieur à six mois représentait 1.7%, tandis que celui supérieur à deux ans était prédominant.

Tableau 11 : Espace inter génésique

	Nombre	%
>2	191	63,6
1- 2	47	15,7
1/2- 1	16	5,3
<1/2	5	1,7
non précisé	37	12,3
Pas d'ATCD de CZ	4	1,3
Total	300	100

Résultats

III.LA GROSSESSE ACTUELLE

III.1. SUIVI DE GROSSESSE

Nous avons relevé 126 parturientes qui suivaient leurs grossesses soit un taux de 41.9% par contre la majorité des parturientes n'ont consulté qu'après le début du travail.

Tableau n° XIII : Suivi de la grossesse actuelle

Nombre	%	
Non	174	58,1
Oui	126	41,9
Total	300	100

III.2. AGE DE LA GROSSESSE ACTUELLE

Sa détermination est essentiellement basée sur la DDR et parfois sur l'échographie obstétricale, on remarque que 93% des grossesses étaient présumées à terme selon l'interrogatoire.

Tableau 12 : Terme de grossesse.

	Nomb re	%
Présumée à terme	279	93
Grossesse prolongée	12	4
Prématuré	9	3
Total	300	100

III.3. PATHOLOGIES GRAVIDIQUES : GROSSESSES A HAUT RISQUE

29.2% de l'ensemble des parturientes avaient un ou plusieurs anomalies rendant leurs grossesses à risque ; l'HTA et la prééclampsie en occupent le premier rang avec un taux de 8.2%

Résultats

Tableau 13 : Type GHR.

	Nomb re	%
HTAG/Pré-éclampsie/HTA chronique	43	8.2
RPM	41	7.8
DDT	21	4
MAP	16	3
MFIU	15	2.8
Alloiminisation	13	2.5
Placenta bas inseré	8	1,5
GG	8	1,5
Oligamnios/Anamnios	7	1,3
Hydramnios	5	0,9
Infection uro-génitale	4	0,8
Métrorragies 1er trimestre	1	0,2

IV. L'EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION

IV.1. LA PHASE DU TRAVAIL

La majorité des parturientes se sont présentées au cours du travail, soit 82.3%. Toutefois, le TV n'a pas été fait chez deux parturientes qui présentaient un placenta prævia hémorragique.

Tableau 14 : Phase du travail à l'admission.

	Nombre	%
En dehors du travail	52	17,3
Latence	187	62,2
Active	58	19,4
Expulsive	2	0,8
TV non fait	1	0,4
Total	300	100

Résultats

IV.2. TAILLE DES PARTURIENTES

La taille a été précisée dans 75.1% ; on a enregistré 27 parturientes qui avaient une petite taille soit un taux de 8.9%.

Tableau 15 : Taille des parturientes en cm.

	Nombre	%
>150	198	66,2
≤150	27	8,9
Non précisée	75	24,9
Total	300	100

IV.3. HAUTEUR UTERINE

Elle était comprise entre 28 et 34 cm dans 85.4% des cas, et jugée excessive dans 10.6%des cas.

Tableau 16 : La hauteur utérine à l'admission.

	Nombre	%
Normale	256	85,4
Excessive	32	10,6
Diminuée	12	4,0
Total	300	100

IV.4. BCF A L'ADMISSION

Ils étaient normaux dans 95.8% des cas.

Tableau 17 : Les BCF à l'admission.

Nombre	%	
Normaux	287	95,8
Absents	8	2,8
Anormaux	4	1,3
Total	300	100,0

Résultats

IV.5. ETAT DU COL A L'ADMISSION

La plupart des parturientes se sont présentées avec des cols dilatés à des degrés variables, cependant 17.8% femmes avaient un col fermé.

Tableau 18 : Etat du col à l'admission.

	Nombre	%
Fermé	53	17,8
<3cm	184	61,5
≥3cm	50	16,5
A dilatation complète	10	3,6
TV non fait	2	0,4
Malformé(1)	1	0,2
Total	300	100

(1) : présence de deux cols ou cloison intercervicale.

IV.6. MEMBRANE ET LIQUIDE AMNIOTIQUES

IV.6.1. La membrane amniotique

La membrane amniotique était intacte chez 192 parturientes soit un taux de 64.1% et rompue chez 96 autres soit 31.9% :

Tableau 19 : Etat des PDE à l'admission.

	Nombre	%
Intacte	192	64,1
Bombante	11	3.4
Rompue < 6h	31	10.2
Rompue : 6-12 h	10	3.2
Rompue : 12-24 h	4	1.8
Rompue >24h	6	1.9
Rompue depuis ?(1)	45	14.8
TV non fait	1	0.4
Total	300	100

(1): PDE est rompue, et dont l'intervalle est inconnu.

Résultats

IV.6.2. Le liquide amniotique

Le liquide amniotique était clair chez 66 parturientes.

Tableau 20 : Aspect du LA à l'admission.

Nombre	%	
Clair	66	22
Teinté	23	7,8
Purée de pois	3	1,1
Méconial	2	0,6
Hématique	2	0,6
TV non fait	1	0,4
Total	97	32,5

IV.7. PRESENTATION FŒTALE

La présentation du sommet était la plus fréquente, nous l'avons retrouvé dans 89.8 % des cas.

Tableau 21 : Présentation fœtale à l'admission.

	Nombre	%
Sommet	269	89,8
Siège	22	7,6
Transverse	4	1,3
Front	3	0,8
Oblique	2	0,6
Total	300	100

IV.8. ETAT DU BASSIN

Le bassin a été jugé cliniquement suspect chez 16.3% des parturientes ; celui-ci n'a pas été examiné chez les deux patientes ayant un placenta prævia hémorragiques.

Résultats

Tableau 22: Etat du Bassin à l'admission.

	Nombre	%
Normal	250	83,3
Suspect	49	16,3
TV non fait	1	0,4
Total	300	100

IV.9. AUTRES SIGNES CLINIQUES

- Signes fonctionnels d'HTAG (céphalées, signes neurosensoriels, barre épigastrique) : 3cas soit 1.1%.
- Hyperthermie : 1 cas soit 0.4%.
- Saignement : 4 cas (dont 3 étaient abondants) soit 1.3%.
- Sd. de pré-rupture : 1 cas soit 0.4%.
- Main à la vulve : 1 cas.
- Malformation cervicale (cloison intercervical) : 1 cas.
- Boiterie sur luxation traumatique de la hanche : 1 cas.

V. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

V.1.ERCF

Il n'a été réalisé que chez 71 parturientes soit 23.6%, il est normal dans 22% :

Tableau 23: Résultats de l'ERCF.

	Nombre	%
Non fait	230	76,5
Normal	66	22,0
Décélérations	2	0,6
Peu réactifs	2	0,6
Bradycardies répétitives	1	0,4
Total	300	100

V.2.ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

341 parturientes avaient bénéficié d'une échographie obstétricale soit 64.7%. Celle-ci a fourni des renseignements sur le nombre des fœtus, leurs mensurations et leurs évolutivités, la

Résultats

quantité du LA et sur l'insertion placentaire.

Tableau 24: Données échographiques.

		Nombre	%
Nombre de fœtus	Monofoetal	189	63,2
	GG	5	1.5
Evolutivité	oui	189	63.2
	non	5	1.5
Qualité du liquide amniotique	normale	124	41.4
	diminuée	58	19.5
	excessive	11	3.8
Suspicion du macrosome	Oui	20	6.8
	Non	174	57.9
Placenta bas inséré	Oui	5	1.5
	Non	190	63.2

NB : - La quantité du liquide amniotique est estimée soit par des mesures subjectives soit par la mesure de la grande citerne (GC) ou de l'index amniotique (IA).

- La macrosomie est suspectée devant un diamètre bipariétal (BIP) supérieur à 100 mm, et/ou une longueur du fémur (LF) supérieure à 77mm et/ou une estimation du poids fœtale (EPP) supérieure à 4Kg.

V.3.RADIOPELVIMETRIE

Une seule parturiente a rapporté avoir bénéficié d'une radiopelvimétrie qui a été normale ; ainsi, le jugement de la qualité du bassin a été basé essentiellement sur les données de l'examen clinique.

VI.L'ACCOUCHEMENT

VI.1. LA CONDUITE ADOPTEE ET SON ISSUE

Une épreuve utérine a été tentée chez 167 parturientes, soit 55.8% des cas ; ce qui a abouti à 124 accouchements par VB soit 41.2%, et donc un taux de succès de 73.8%. La césarienne a été nécessaire pour les 176 autres, soit 58.8%.

Les conduites obstétricales envisagées et leurs issues sont résumées dans l'organigramme suivant (Fig. 6) :

Résultats

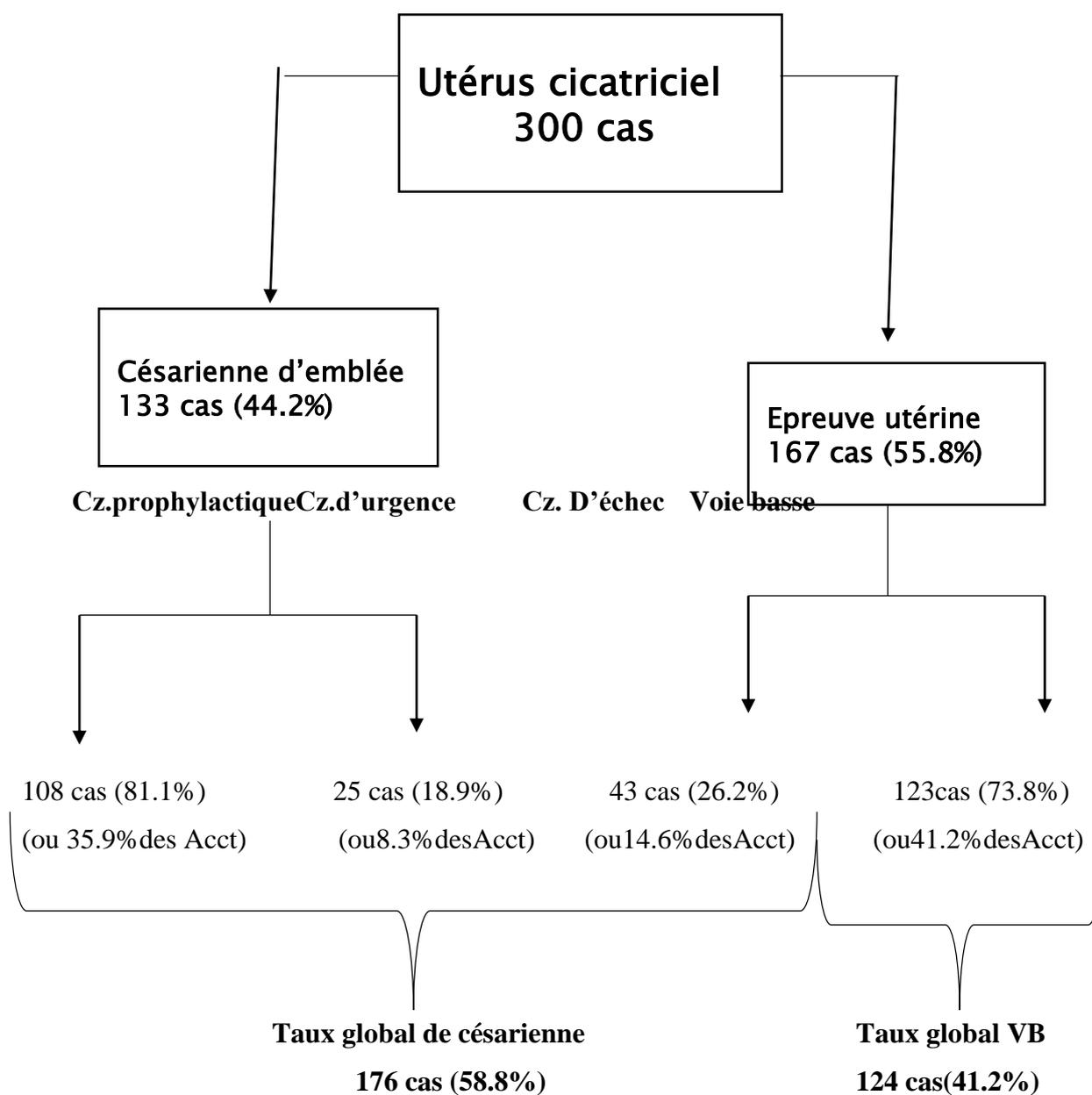


Figure 6 : Mode d'accouchement sur utérus cicatriciels.

Résultats

VI.2. EN CAS D'ÉPREUVE UTERINE

VI.2.1. Médication reçue

Dans notre service, nous n'utilisons pas habituellement le misoprostol pour le déclenchement du travail si le fœtus est vivant ; en revanche l'amniotomie et/ou les ocytociques sont utilisés lorsque le col est favorable (Bishop > 5).

Ainsi le misoprostol a été utilisé chez une seule parturiente qui avait une MFIU et qui a pu accoucher par VB sans incident notable ; tandis que les ocytociques étaient les médicaments les plus utilisés avec un taux de 20.1% de toutes les EU. En revanche, nous avons dénombré 99 parturientes qui n'ont reçu aucune médication soit 59.5% de toutes les EU.

Tableau 25: Médication reçue.

Médication reçue	Nombre	%
Ocytociques	60	20.1
Amniotomie	45	15
Antispasmodiques	42	13.9

VI.2.2. Incidents

Les accouchements par VB étaient sans incident dans la majorité des cas avec un taux de 74.8%. En revanche, 74 EU ont été marquées par la greffe d'un ou de plusieurs incidents résumés dans le tableau suivant :

Tableau 26: Les incidents.

Incidents	Nombre	%
Anomalies BCF(1)	23	9.9
Anomalies dilatation(2)	20	8.2
Défaut d'engagement	10	4.4
Métrorragies	5	3.1
Virage LA	5	3.1
Douleurs en regard cicatrice	4	2.7
Hypercinésie	4	1.7
Tension utérine	2	0.7
Procidence du cordon	1	0.3

(1) : Décélération 4 fois ; rythme irrégulier 3 fois et bradycardie pour les autres cas.

(2) : Dilatation stationnaire/Dystocie de démarrage.

Résultats

VI.3. GROUPE DES ACCOUCHEMENTS PAR VOIE BASSE

VI.3.1. Expulsion

Le recours aux manœuvres instrumentales a été nécessaire chez 25.8% des parturientes.

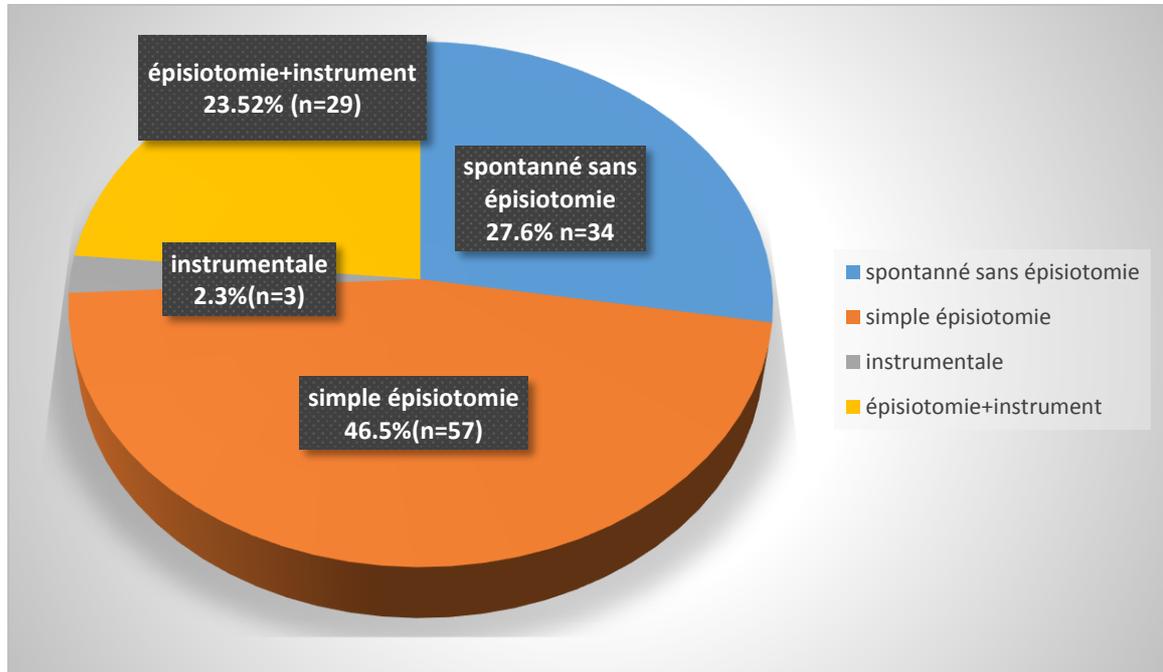


Figure 7: Répartition selon le mode d'expulsion.

La ventouse, souvent de dégagement, est l'instrument le plus utilisé.

Tableau 27: Usage d'instruments.

Nombre	%	%	valide
Aucun	91	30,6	74,2
Ventouse	22	7,2	17,5
Forceps	8	2,8	6,9
Spatules	2	0,6	1,4
Total	123	41,2	100

% : Pourcentage parmi l'ensemble des accouchements.

% valide : Pourcentage parmi les accouchements par VB.

Résultats

VI.3.2. Délivrance

Sur les 123 accouchements par voie basse, la délivrance était naturelle dans 100 cas.

Tableau 28 : Type de délivrance.

	Nombre	% valide
Naturelle	100	33,4 81,1
Dirigée	19	6,5 15,7
Artificielle	4	1,3 3,2
Total	123	41,2 100

% : Pourcentage parmi l'ensemble des accouchements.

% valide : Pourcentage parmi les accouchements par VB.

VI.3.3. Révision utérine

Elle a été faite chez 34 parturientes accouchées par voie basse, a permis de découvrir 2 cas de déhiscence n'ayant pas nécessité de reprise chirurgicale et 2 cas de rétention placentaire et elle a été normale dans les autres cas .

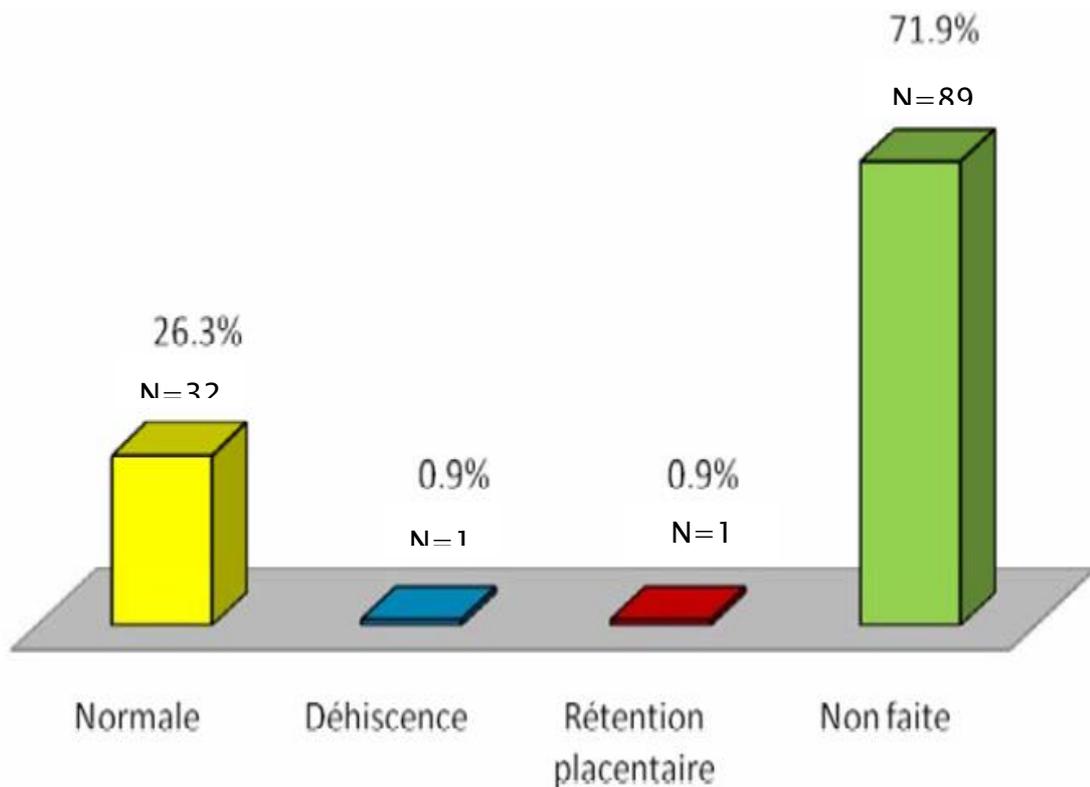


Figure 8 : Répartition selon les résultats de la révision utérine

Résultats

VI.4. GROUPE DES ACCOUCHEMENTS PAR CESARIENNE

VI.4.1. Indication de la CZ

La décision opératoire a été prise chez 176 parturientes, soit 58.8%. Les indications opératoires ont été divisées en 3 groupes :

a- Les césariennes d'urgence

Pratiquées chez 25 parturientes, elles ont été dominées par la souffrance fœtale aigüe.

Tableau 29 : Indication des CZ d'urgence.

	Nombre	%	% valide
SFA	6	1,9	22,7
HTAG/Pré-éclampsie sévères	5	1,7	20,5
LAT en début du travail	5	1,5	18,2
Placenta prævia	5	1,3	15,9
RPM>24H avec dystocie de démarrage	4	0,9	11,4
Sd. De prérupture	3	0,4	4,5
Epaule négligée avec hémorragie massive Eclampsie HRP	1	0,2	2,3
Total	25	8,3	100

% : Pourcentage parmi l'ensemble des accouchements.

% valide : Pourcentage parmi les accouchements par VB.

Par ailleurs, 10 patientes avaient plus d'une indication pour être césarisées en urgence ; en effet :

-Concernant 5 parmi celles qui avaient un placenta prævia : 3 avaient en plus une présentation irrégulière pour chacune (siège, transverse et oblique), 2 ; pour les trois autres femmes, on note pour chacune et respectivement une SFA, une macrosomie et un utérus multicatriciel.

-3 parmi les cinq patientes admises pour HTAG ou pré-éclampsie sévères, avaient respectivement : une présentation du siège, une macrosomie en présentation du siège et enfin un utérus multicatriciel.

Résultats

b- Les césariennes après épreuve utérine

Dans 44 cas (14.6%), la décision opératoire a été prise après échec de l'épreuve utérine. L'indication de césarienne dans ce groupe était dominée par la suspicion de déhiscence.

Tableau 30: Les césariennes après échec de l'épreuve utérine.

	Nombre	%	% valide
Suspicion de déhiscence	8	2,7	18,2
DEDC	7	2,5	16,9
Anomalie du LA en début du travail (1)	6	2,3	15,6
Dilatation stationnaire	6	2,1	14,3
Suspicion de SFA	5	1,5	10,4
Virage LA	4	1,3	9,1
Dystocie de démarrage	4	1,3	9,1
Fixation du front	3	0,9	6,5
Procidence cordon	1	0,2	1,3
Total	77	14,6	100

(1) : Anomalie du LA en début du travail : LA teinté, méconial, purée de pois ou virage LA.

% : Pourcentage parmi l'ensemble des accouchements.

% valide : Pourcentage parmi les accouchements par VB.

c-Les césariennes prophylactiques

La césarienne prophylactique a été indiquée chez 108 parturientes, soit un taux de 35.9%.

L'analyse des indications des césariennes prophylactiques montre que le bassin rétréci et l'utérus multicatriciel sont les indications les plus fréquentes et en constituent un taux de 59.2% de toutes ces indications et 21.3% de l'ensemble des accouchements.

Les présentations irrégulières représentent 4% de l'ensemble des accouchements.

Résultats

Tableau 31: Indications des CZ prophylactiques.

	Nombre	%	% valide
Siege	11	3,6	10,1
Transverse	1	0,4	1,1
Bassin anormal	33	11,2	31,2
Cicatrices multiples	29	10,1	28,0
Macrosomie suspectée	13	4,6	12,7
GG	3	0,9	2,6
Grossesse prolongée	6	1,9	5,3
Cicatrice corporeale	2	0,8	2,1
Court DIG	5	1,5	4,2
Primipare âgée	1	0,2	0,5
ATCDS chargées	1	0,2	0,5
Malformation cervicale	1	0,2	0,5
RCIU	1	0,2	0,5
Cicatrice de RU	1	0,2	0,5
Total	108	35,9	100

% : Pourcentage parmi l'ensemble des accouchements.

% valide : Pourcentage parmi les accouchements par VB.

Comme pour les CZ d'urgence, dans 26 cas la décision de CZ a été prise pour la présence de deux voire 3 indication en même temps :

- Dans 6 cas de grossesses prolongées ; la macrosomie était présente 4 fois et la même chose pour l'oligamnios/anamnios 2 parturientes ayant une GG avaient un utérus multicatriciel. Le 1er jumeau pour 2 autres était en présentation du siège.
- Dans le groupe des femmes porteuses d'un utérus multicatriciel, on a noté 7 présentations du siège, une présentation transverse et deux cas de macrosomie.
- Pour 7 femmes parmi celles ayant un bassin suspect, on y a noté 2 grossesses prolongées, 4 présentations du siège et 2 macrosomie.
- Un DIG court était associé une fois à un bassin suspect, et à un utérus multicatriciel dans un autre cas.

Résultats

VI.5. Le compte rendu opératoire

a- Moment de l'indication

Dans la majorité des cas, la décision de césarienne a été prise en phase de latence du travail, soit 48.7%.

Tableau 32: Moment d'indication de la césarienne.

	Nombre	%	% valide
En dehors du travail	40	13,5	22,9
Latence	86	28,7	48,7
Active	37	12,3	21,0
A complète	12	4,0	6,8
TV non fait	1	0,4	0,6
Total	176	58,8	100

% : Pourcentage parmi l'ensemble des accouchements.

% valide : Pourcentage parmi les accouchements par VB.

b- L'incision

C'est l'incision transverse type Pfannenstiel qui a été souvent préférée

c- L'hystérotomie

L'utérus est abordé par le segment inférieur dans 97.7% des cas. Néanmoins, le recours à une hystérotomie corporeale (3 cas) ou segmento-corporeale (4 cas) était rarement nécessaire.

Tableau 33 : Type d'hystérotomie.

	Nombre	% valide
HST	176	100
Corporeale ou segmento-corporeale	0	0
Total	176	100

% valide : Pourcentage parmi les accouchements par VB.

d- L'état local et l'état de la cicatrice

Sur un milieu opératoire présentant des adhérences dans un 1/3 des cas, l'exploration a objectivé 2 cupules d'HRP, un placenta accreta, 2 utérus myomateux, 1 kyste ovarien et surtout 15 désunions utérines dont 2 étaient des ruptures.

Résultats

Tableau 34: L'état local.

	Nombre	%	% valide
Bon	116	38,9	66,1
Adhérences	59	19,7	33,5
Placenta accreta	1	0,2	0,3
Total	176	58,8	100

% : Pourcentage parmi l'ensemble des accouchements.

% valide : Pourcentage parmi les accouchements par VB.

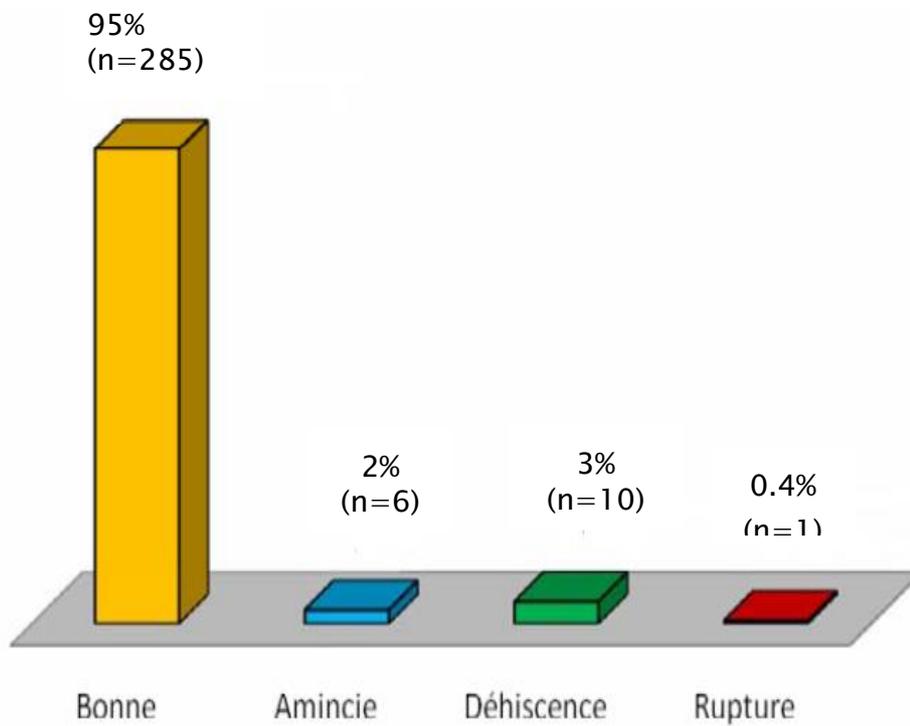


Figure 9 : Répartition selon l'état de la cicatrice des femmes césariées

Résultats

e- L'extraction fœtale

Dans la majorité des cas l'extraction fœtale était céphalique sans difficulté :

Tableau 35: Mode d'extraction fœtale.

	Nombre	%	% valide
Céphalique	144	48,0	81,6
Podalique	32	10,8	18,4
Total	176	58,8	100

% : Pourcentage parmi l'ensemble des accouchements.

% valide : Pourcentage parmi les accouchements par VB.

Tableau 36 : Difficulté d'extraction fœtale.

	Nombre	%	% valide
Facile	116	38,7	65,8
Laborieuse	60	20,1	34,2
Total	176	58,8	100

% : Pourcentage parmi l'ensemble des accouchements.

% valide : Pourcentage parmi les accouchements par VB.

f- Gestes associés

- LST : a été effectuée chez 13 parturientes et indiquée, mais refusée, chez 5 parturientes.
- Hystérectomie d'hémostase : a été faite 3 fois : 2 fois après CZ pour échec de l'EDT (pour RU et pour placenta accreta) et une autre après CZ d'urgence pour placenta prævia totalement recouvrant.
- Une kystectomie d'un kyste ovarien liquidien de 4 x 3 cm.

VII. LE PRONOSTIC FOETAL : ETUDE COMPARATIVE EN FONCTION DU MODE D'ACCOUCHEMENT

Il a été jugé sur les données du terme de la grossesse, du score d'apgar, le poids à la naissance et sur la morbidité et la mortalité périnatale

VII.1. Terme de grossesse

Nous avons noté 9 accouchements prématurés (3%), et 12 dépassements de terme (4%). Par ailleurs, on constate que la prématurité et le DDT sont plutôt associés à la réussite de

Résultats

l'EDT.

VII.2. Poids à la naissance

Au total nous avons recensé 27 macrosomes (soit 9.1%) et 11 hypotrophes (soit 3.8%). On constate que l'hypotrophie est associée de façon non significative au succès de l'EDT. Par ailleurs, la macrosomie est associée à l'échec de l'EDT.

VII.3. Morbidité

a- Score d'Apgar

A la première min de vie, 15 nouveau-nés avaient un score d'apgar < 7 soit 4.9% de l'ensemble des accouchements ; 5 d'entre eux en gardaient la même constatation à la cinquième min soit 1.7% de l'ensemble des accouchements.

On note que l'échec de l'EDT provoque significativement ($p=0,0038$) un score d'Apgar bas à 1min. Il n'y a pas de différence significative concernant l'Apgar à 5min

b- Détresse respiratoire néonatale

10 nouveau-nés (soit 3.2%), présentaient une détresse respiratoire nécessitant une réanimation néonatale.

La DRNN est significativement liée à l'échec de l'EDT ($p=0,0178$)

c- Réanimation néonatale

La grande majorité des nouveau-nés ne nécessitaient pas de prise en charge particulière, tandis qu'une réanimation néonatale était nécessaire dans 68 cas soit 22.8%.

Il paraît que la réanimation néonatale est significativement plus nécessaire en cas d'échec de l'EDT qu'en cas d'AVB ($p<0,001$)

d- Infection néonatale

Une INN a été suspecté chez 2 nouveau-nés (soit 0.6%), ce qui a motivé leur hospitalisation en néonatalogie. Ceux-ci sont tous issus d'un AVB.

e- Transfert en néonatalogie

17 nouveau-nés nécessitaient un transfert en unité de néonatalogie pour prise en charge soit 5.7% des naissances. La majorité des nouveau-nés transférés sont issus par CZ que par VB ($p=0.200$)

Par ailleurs, l'échec de l'EDT n'augmente pas significativement les transferts en néonatalogie qu'en cas d'AVB (6,5% vs 4,1% ; $p=0,406$)

Résultats

Récapitulatifs du pronostic fœtal en fonction du mode d'accouchement.

Tableau récapitulatif n° LII -1

		VB			CZ			
		nbr	1%VB	2%VB	nbr	1%CZ	2%CZ	P
Terme	- AT	115	93.1	38.3	164	92.9	54.6	0.237
	- Prématuré	5	4.1	1.7	4	2.3	1.3	
	- DDT	3	2.8	1.1	8	4.8	2.8	
Poids fœtal	- Eutrophie	112	90.3	37.2	150	84.8	49.9	0.01
	- Hypotrophie	7	5.5	2.3	5	2.6	1.5	
	- Macrosomie	5	4.1	1.7	22	12.6	7.4	
Score d'apgar à 1 minute	- 0	6	4.6	1.9	3	1.6	0.9	0.045
	- <7	4	3.2	1.3	11	6.1	3.6	
	- ≥7	114	92.2	38.0	163	92.3	54.3	
Score d'apgar à 5 minutes	- 0	6	4.6	1.9	5	3	0.9	0.115
	- <7	2	1.4	0.6	3	1.9	1.1	
	- ≥7	116	94.0	38.7	170	96.5	56.7	
DRNN	- oui	2	1.4	0.6	8	4.5	2.7	0.045
	- non	122	98.6	40.6	169	95.5	56.2	
Réanimation néonatale	- non	108	87.6	36.1	124	70.0	41.2	<0.001
	- <5 min	13	10.1	4.2	39	22.3	13.1	
	- ≥5 min	3	2.3	0.9	14	7.7	4.6	
Transfert en néonatalogie	- oui	119	95.9	39.5	164	93.2	54.8	0.200
	- non	5	4.1	1.7	12	6.8	4.0	
INN	- oui	2	1.4	0.6	0	0	0	0.038
	- non	122	98.6	40.6	176	100.0	58.8	
Paralysie du plexus brachial	- oui	1	0.5	0.2	0	0	0	0.232
	- non	123	99.5	41	176	100.0	58.8	

%1 : Le pourcentage selon le mode d'accouchements : VB et CZ.

%2 : Le pourcentage total tout les modes d'accouchements confondus.

Résultats

Tableau récapitulatif n° LII -2

		VB							
		N	%	N	%	N	%	N	%
Terme	-AT	115	93.1	97	90.5	23	93.2	43	98.7
	-Prématuré	5	4.1	1	2.1	4	6.8	0	0
	-DDT	3	2.8	4	7.4	0	0	1	1.3
Poids fœtal	-Eutrophie	112	90.3	89	82.5	22	86.4	39	89.6
	Hypotrophie	7	5.5	1	1.6	2	9.1	1	1.3
	Macrosomie	5	4.1	18	15.9	1	4.5	1	9.1
Score d'apgar à 1 min	-0	3	4.6	1	1.6	1	4.5	0	0
	-<7	1	3.2	1	1.1	19	18.2	5	11.7
	-≥7	65	92.2	105	97.4	19	77.3	39	88.3
Score d'apgar à 5 min	-0	6	4.6	1	1.6	1	4.5	0	0
	-<7	2	1.4	0	0	3	11.4	1	1.3
	-≥7	116	94	35	98.4	21	84.1	43	98.7
DRNN	-oui	2	1.4	2	2.1	3	11.4	3	6.5
	-non	122	98.6	105	97.9	22	88.6	41	93.5
Réanimation néonatale	-non	108	87.6	83	77.2	15	61.4	25	57.1
	-<5 min	13	10.1	22	20.1	5	20.5	13	28.6
	-≥5 min	3	2.3	3	2.6	5	18.2	6	14.3
Transfert en néonatalogie	-oui	119	4.1	5	4.8	4	15.9	3	6.5
	-non	5	95.9	102	95.2	21	84.1	41	93.5
INN	-oui	2	1.4	0	0	0	0	0	0
	-non	122	98.6	108	57	44	57	44	100

Dans notre série, l'étude comparative de certains éléments pronostiques néonataux en fonction du mode d'accouchement (VB ou CZ) a objectivé des différences parfois statistiquement significatives entre les deux groupes (LII-1); en effet :

- On a constaté une augmentation des taux du score d'Apgar <7 à 1min et à 5min dans le groupe des nouveaux nés issus de CZ ; cette augmentation est significative pour le score d'Apgar de 1min (3.2 % versus 6.1 % ; p=0.045)
- Egalement, on a enregistré pour le groupe des nouveaux nés issus par CZ, une augmentation statistiquement significative de la DRNN (p=0.045) et de la réanimation

Résultats

néonatale($p<0.001$) ; ainsi qu'une augmentation non significative des transferts en service de néonatalogie.

- Quant aux pathologies infectieuses (INN) et l'hypotrophie, elles sont imputées significativement à l'accouchement par VB ($p=0.038$ et $p=0.01$ respectivement).

De façon non significative il y avait plus de prématurés nés par VB.

- Concernant les pathologies traumatiques on a enregistré un seul cas de paralysie du plexus brachial chez un nouveau né macrosome issu par VB.

On constate donc que les complications respiratoires et la SNN, sont plus retrouvées dans le groupe des nouveaux nés issus par CZ. Alors que, les complications infectieuses et post traumatiques sont plus en faveur d'un accouchement par VB.

Le tableau LII-2 distingue les facteurs pronostiques fœtaux en fonction de l'issue de la conduite initiale :

- On constate que la morbidité fœtale est plus marquée en cas de Cz d'urgence et en cas d'échec de l'EDT.

En effet, un score d'Apgar à 1 min et à 5 min inférieur à 7, la DRNN, une réanimation néonatale de plus de 5min et le transfert en néonatalogie sont significativement plus présents en cas de Cz d'urgence.

Une réanimation néonatale de moins de 5min est significativement plus élevée d'échec de l'EDT.

Les accouchements sur utérus cicatriciel

- Hormis l'INN observée seulement dans le groupe d'AVB, il y a une moindre morbidité fœtale (les moindres taux de DRNN, de la réanimation néonatale et du transfert en néonatalogie).

Conclusion

L'utérus cicatriciel est parmi les sujets les plus débattus en l'obstétrique, dont le choix du mode d'accouchement représente toute la problématique du sujet ; d'où la nécessité d'une conduite obstétricale bien réfléchie pour un meilleur pronostic materno-fœtal.

La pratique systématique d'une césarienne prophylactique sur un utérus cicatriciel n'est plus de mise aujourd'hui. Elle augmente la morbidité et la mortalité maternelle sans améliorer la sécurité néonatale. Elle n'évite pas complètement les déhiscences et les ruptures.

Etant donné que la césarienne d'échec a la plus lourde mortalité et morbidité materno-fœtale, la sélection des parturientes candidates à l'épreuve utérine doit être rigoureuse ; d'où la nécessité d'une collaboration entre les obstétriciens pour la mise en route et en urgence d'une stratégie homogène concernant les accouchements par voie basse en présence d'un utérus cicatriciel.

En effet, Chez les patientes ayant une grossesse unique avec un fœtus eutrophique en présentation céphalique, le choix devrait s'orienter vers l'épreuve utérine, après consentement éclairé de la patiente, même si le risque de rupture utérine reste élevé comparé aux utérus sains. Dans d'autres cas, la césarienne élective s'impose : il s'agit des bassins chirurgicaux, des cicatrices corporeales, des antécédents de rupture utérine et des utérus cicatriciels sur malformation utérine.

Enfin, il existe des situations intermédiaires, à risques potentiels, pour lesquelles il n'y a pas d'attitude consensuelle.

Ce sont les cas de macrosomies fœtales (Poids > 4000g), de grossesses gémellaires, de présentations podaliques et des accouchements après terme.

Dans ces cas-là, la plupart des obstétriciens choisissent de recourir à une césarienne prophylactique, malgré les résultats rassurant des travaux s'y étant consacrés.

Le risque le plus redouté au cours des accouchements sur utérus cicatriciel est la rupture utérine, un risque heureusement rare mais grave pouvant mettre en jeu le pronostic materno-fœtal.

Par ailleurs, la discussion et le choix de la voie d'accouchement sur utérus cicatriciel devraient toujours impliquer les femmes dans le processus de décision, en lui exposant les données de la littérature de façon licite, éclairée et simplifiée.

REFERENCES

REFERENCES

ABBASSI H., EL KARROUMI M., ABOULFALAH A., BOUHYA S., BEKKAY M.
Epreuve du travail sur utérus bicatriciel : étude prospective à propos de
130 cas.

J. Gyneco. Cobstet. Biol. Reprod., 1998

ABOULFALAH A., ABBASSI H., EL KARROUMI M., HIMMI A., EL MANSOURIA.
Accouchement gémellaire sur utérus cicatriciel : peut-on autoriser
l'épreuve utérine ?

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1998

ACOG PRACTICE BULLETIN.

Vaginal birth after previous caesarean delivery.

Int. J. Gynecol. obstet., 1999

AISIEN A.O., ORONSAYE A.U.

Vaginal birth after one previous caesarean section in a tertiary institution
in Nigeria.

obstet. Gynecol., 2004

BANC B Accouchement par voie basse et utérus bicatriciel.

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1998

BOUSSEFIANE M., AJADAT K., BJIPOU Y., BELGHITI L., YOUSFI M.,
BARGACH S., et al.

Accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel.

J. Part., 2004, WIV

BRETONES S., COUSIN C., GUALANDI M., MELLIER G.

Rupture utérine: A propos d'un cas de rupture spontanée à 30 S.A chez
une primipare.

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1998

DUMONT A., DE BERINS L., BOUVIER-COLL M.H., BREAT G.,

Estimation du taux attendu de césariennes pour indications maternelles
dans une population de femmes enceintes d'Afrique de l'ouest.

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 2002

REFERENCES

LEHMANN M., HEDELIN G., SORGUE C., GOLLNER G.L., GRALL C., CHAMI A., et al.

Facteurs prédictifs de la voie d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel.

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1999

A. ABOULFALAH, H. ABBASSI, F. MORSAD, N. MATAR ET A. EL MANSOURI.

Les ruptures utérines durant l'épreuve du travail sur utérus cicatriciel

Conséquences maternelles et périnatales.

Maternité Lalla Meryem, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

J. KAZADI BUANGA, J.B NDIONE.

Syndrome de Youssef ou fisule vesico-utérine après césarienne.

Analyse rétrospective de 6 dossiers.

ABBASSI H., ABOULFALAH A., MORSAD F., MATAR N., EL MANSOURI A.

Les ruptures utérines durant l'épreuve du travail sur utérus cicatriciel :

conséquences maternelles et périnatales.

Réf. en Gynéco-obstétriques, 2000

BOUAYED AGHA , AHMED IRAHIM , BENDELHOUM ABDELAH, BOUAYED IKRAM

Accouchement sue uterus cicatriciel.

EHS mère et enfant Tlemcen.